

**Maria Elisabete Pereira Sousa**

**Adesão ao Tratamento Medicamentoso da  
Pessoa portadora de Insuficiência Renal  
Crónica em Hemodiálise**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2.<sup>a</sup> edição)

Orientador:  
**Mestre e Especialista Olivério Ribeiro**

**Março de 2012**



PENSAMENTO

*“Põe o máximo que és no mínimo que fazes”.*

Anónimo



## **Agradecimentos**

**Ao orientador** Professor Olivério Ribeiro

**Ao** Professor Madureira

À Beirodial

À Nephrocare Viseu

À UND do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

**Aos** Doentes Hemodialisados que participaram neste estudo

À Marta Coimbra

À Sónia Cunha

**Àqueles** que me apoiaram e ajudaram durante todo este percurso académico



## RESUMO

A “Adesão ao Tratamento Medicamentoso da Pessoa portadora de Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise” é um trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular Relatório Final, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, tendo como objetivos identificar o nível de adesão ao tratamento medicamentoso e analisar a influência das variáveis sociodemográficas, sociofamiliares, clínicas, comportamentais e das crenças acerca dos medicamentos.

Uma elevada adesão terapêutica contribui para uma menor taxa de hospitalização, com consequente redução dos custos em saúde e minimização do impacto da doença no seio da vida familiar da pessoa, sendo fundamental para o sucesso da terapêutica no contexto de qualquer doença crónica, com é o caso da Insuficiência Renal Crónica.

Estudo, quantitativo, descritivo-correlacional de natureza transversal. Amostra não probabilística por conveniência, constituída por 220 doentes IRC em tratamento hemodialítico no Distrito de Viseu. Foi utilizado um questionário, com um conjunto de variáveis em estudo, incluindo a “Escala de crenças acerca dos medicamentos”, “Escala de Apgar Familiar”, “Escala de Apoio Social” e “Escala de Medida de Adesão ao Tratamento”.

Verificou-se que 60% dos inquiridos são do sexo masculino e 40% do sexo feminino, com uma média de idades de 66,60 anos. A maioria são casados ou encontram-se em união de facto (68,2%), possui o ensino primário (54,5%) e encontra-se em situação laboral não ativa(95,5%), com 66,8% dos sujeitos a auferir um rendimento mensal inferior a 485€.

Quanto ao nível de adesão ao tratamento medicamentoso, verificou-se que 47,3% dos inquiridos, evidenciam um bom nível de adesão terapêutica e 11,8% um nível de adesão razoável. Com um baixo nível obtivemos 40,9% da amostra.

Pela aplicação do teste Kruskal-Wallis obtivemos dados estatisticamente altamente significativos relativamente à influência do cumprimento das recomendações de dieta e hidratação e a adesão terapêutica medicamentosa ( $kw=15,792$ ;  $p=0,000$ ). Pela aplicação do teste U de Mann-Whitney, verificamos a existência de relação estatisticamente bastante significativa entre a percepção de efeitos indesejados com a medicação e a adesão terapêutica medicamentosa, ( $u=3709,00$ ;  $p=0,001$ ).

Através da aplicação da regressão múltipla e do coeficiente de correlação de Pearson, constatou-se a existência de correlações negativas estatisticamente significativas entre a adesão terapêutica medicamentosa e o número diário de comprimidos ( $r=-0,145$ ;  $p=0,016$ ), ou seja, quanto maior o número diário de comprimidos, menor é a adesão terapêutica. Relativamente aos fatores da escala de crenças, constatou-se que quanto maiores as crenças acerca dos medicamentos, menor é a adesão terapêutica medicamentosa ( $r=-0,225$ ;  $p=0,000$ ) com diferenças estatísticas altamente significativas. Obtivemos correlações positivas, estatisticamente bastante significativas, entre a adesão terapêutica medicamentosa e o apoio informativo percebido ( $r=0,190$ ;  $p=0,002$ ).

Concluindo, verifica-se a necessidade de simplificar o regime terapêutico instituído, desmistificar algumas crenças acerca dos medicamentos e reforçar a informação acerca da terapêutica.

**Palavras-chave:** Insuficiência Renal Crónica; Hemodiálise; Adesão ao Tratamento Medicamentoso.





## ABSTRACT

The "Drug Treatment Adherence of the person suffering from Chronic Kidney Disease on Dialysis" is a study for the Final Report of the Masters Course in Medical-Surgical Nursing School of Health of Viseu, having as objectives to identify the level of adherence and analyze the influence of social-demographic, social-family, clinical, and behavioral beliefs on medication.

A high adherence to therapy contributes to a lower hospitalization rate, with consequent reduction of costs in health and minimizing the impact of disease within the family life of the person, being fundamental to the success of therapy in the context of any chronic disease, such as the case of chronic renal disease.

Quantitative Study, descriptive and correlation of cross-sectional nature. Non-probability sample for convenience, consisting of 220 patients undergoing dialysis treatment in the District of Viseu. A questionnaire was used, with a set of variables under study, including the "Scale of beliefs about drugs," "Family Apgar Scale", "Scale of Social Support" and "Scale to Measure Treatment Adherence."

It was found that 60% of those surveyed are male and 40% female, with a average age of 66.60 years. Most are married or are in de facto unions (68.2%), has primary education (54.5%) and is not in active employment (95.5%), with 66.8% of subjects earning a monthly income less than € 485.

For the level of adherence to the drug treatment, it was found that 47.3% of those surveyed showed a good level of adherence and 11.8% a reasonable level. With a low level we obtained 40.9% of the sample.

By applying the Kruskal-Wallis test we obtained statistically highly significant data regarding the influence of adherence with dietary recommendations, hydration and medication adherence (KW = 15.792,  $p = 0.000$ ). By applying the U of Mann-Whitney test, we verified the existence of highly significant statistical relationship between the perception of undesirable effects with the medication and medication adherence, ( $u = 3709.00$ ,  $p = 0.001$ ).

Through the application of multiple regression and Pearson's correlation coefficient, we found the existence of statistically significant negative correlations between medication adherence and daily dose ( $r = -0.145$ ,  $p = 0.016$ ), ie, the higher the daily number of pills, the lower the therapy adherence.

For the scale factors of beliefs, it was found that the more beliefs about the drugs, the less medication adherence ( $r = -0.225$ ,  $p = 0,000$ ) these differences were statistically highly significant. We obtained positive correlations, statistically highly significant, between medication adherence and perceived informational support ( $r = 0.190$ ,  $p = 0, 002$ ).

In conclusion, there is a need to simplify the therapeutic regimen established, demystify some beliefs concerning the drug and enhance information about the treatment.

**Keywords:** Chronic Kidney Disease, Dialysis, Treatment Adherence Drug.



## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>1 - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
<b>2 – A PESSOA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA.....</b>	<b>25</b>
2.1 – INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA .....	26
2.2 – TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL .....	27
2.3 – TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA .....	30
2.4 – RESTRIÇÕES NUTRICIONAIS .....	31
<b>3 - ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO .....</b>	<b>35</b>
3.1 – TEORIAS E MODELOS DE ADESÃO .....	36
3.2 – FACTORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO .....	37
3.3 - ADESÃO DO DOENTE RENAL CRÓNICO AO REGIME TERAPÊUTICO .....	41
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>43</b>
<b>4 – METODOLOGIA.....</b>	<b>45</b>
4.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	45
4.2 – TIPO DE INVESTIGAÇÃO .....	47
4.3 – PARTICIPANTES NO ESTUDO .....	49
<b>4.3.1 – Caraterização sociodemográfica da amostra .....</b>	<b>49</b>
4.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	52
4.5 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	55
4.6 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS .....	55
<b>5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>59</b>
5.1 - ANÁLISE DESCRITIVA .....	59
<b>5.1.1 – Caraterização das Variáveis Clínicas .....</b>	<b>59</b>
<b>5.1.2 – Caraterização das Variáveis do Regime Nutricional.....</b>	<b>62</b>

<b>5.1.3 – Caraterização das Variáveis Terapêuticas.....</b>	<b>63</b>
<b>5.1.4 – Caraterização das Variáveis Comportamentais.....</b>	<b>65</b>
<b>5.1.5 – Caraterização das Escalas .....</b>	<b>67</b>
<b>5.2 - ANÁLISE INFERENCIAL .....</b>	<b>70</b>
<b>6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>83</b>
<b>7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>96</b>

## **ANEXOS**

ANEXO I – Autorizações para utilização das escalas

ANEXO II – Autorização das instituições para a colheita de dados

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE II – Consentimento dos participantes do estudo

## INDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas ....	48
Figura 2 – Síntese das relações entre a MAT e as variáveis independentes .....	81



## INDICE DE QUADROS

	<b>Pág.</b>
Quadro 1 - As funções do rim .....	26
Quadro 2 - Classificação da IRC .....	27
Quadro 3 - Medicação mais usada pelos doentes em diálise .....	30
Quadro 4 - Factores potenciais de adesão .....	40
Quadro 5 – Estatísticas da Idade .....	50
Quadro 6 – Caracterização sociodemográfica .....	51
Quadro 7 – Funcionalidade Familiar e pontuação correspondente .....	54
Quadro 8 - Tempo de permanência em hemodiálise .....	59
Quadro 9 – Variáveis Clínicas .....	61
Quadro 10 - Variáveis de Regime Nutricional .....	63
Quadro 11 - Variáveis Terapêuticas .....	64
Quadro 12 – Medicação .....	65
Quadro 13 – Variáveis comportamentais .....	66
Quadro 14 – Estatística relativa às Crenças acerca dos Medicamentos .....	67
Quadro 15 - Estatística relativa à Funcionalidade Familiar .....	68
Quadro 16 – Classificação da Funcionalidade Familiar .....	68
Quadro 17 – Estatística relativa ao Apoio Social.....	69
Quadro 18 - Estatística relativa à Adesão Terapêutica.....	70
Quadro 19 - Estatística relativa ao Nível de Adesão .....	70
Quadro 20 - t-Teste: o Sexo e a Adesão Terapêutica.....	71
Quadro 21 - Teste Kruskal-Wallis entre o estado civil e a Adesão Terapêutica.....	72
Quadro 22 - Teste U de Mann-Whitney entre a Residência e a Adesão Terapêutica.....	72
Quadro 23 - Teste Kruskal-Wallis entre as Habilitações Literárias e a Adesão Terapêutica.....	73
Quadro 24 - Teste U de Mann-Whitney entre a Situação Laboral e a Adesão Terapêutica .....	73
Quadro 25 - Teste Kruskal-Wallis entre Remuneração Mensal e a Adesão Terapêutica..	74
Quadro 26 - Teste Kruskal-Wallis entre o Cumprimento das Recomendações	

Nutricionais e a Adesão Terapêutica.....	74
Quadro 27 - Teste Kruskal-Wallis entre Média de Ganho de Peso Interdialítico e a Adesão Terapêutica.....	75
Quadro 28 - Teste U de Mann-Whitney entre Interregno da Medicação por Falta de Dinheiro e a Adesão Terapêutica.....	76
Quadro 29 - Teste U de Mann-Whitney entre os Efeitos Indesejados e a Adesão Terapêutica.....	76
Quadro 30 - Teste Kruskal-Wallis entre Esclarecimento de Dúvidas pelos Profissionais de Saúde e a Adesão Terapêutica.....	77
Quadro 31 - Teste U de Mann-Whitney entre Informação acerca das Opções de Tratamento e a Adesão Terapêutica.....	77
Quadro 32 - Teste Kruskal-Wallis entre Equipa de Saúde que ouve os problemas e a Adesão Terapêutica.....	78
Quadro 33 - Teste Kruskal-Wallis entre motivação incutida pelos profissionais e a Adesão Terapêutica.....	78
Quadro 34 - Correlação de <i>Pearson</i> entre a Adesão Terapêutica e as variáveis independentes.....	80
Quadro 35 - Regressão múltipla entre a Adesão Terapêutica e as variáveis independentes.....	81



## **INDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIENs – Anti- inflamatórios não esteroides

cf - conforme

CHTV, EPE – Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Entidade Pública Empresarial

Cit. - Citado

Ex: - Exemplo

GFR - Glomerular Filtration Rate (Taxa Filtração Glomerular)

GPI – Ganho de Peso Interdialítico

HD – Hemodiálise

HTA - Hipertensão Arterial

IECAs - Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina

IRC - Insuficiência Renal Crónica

IRCT - Insuficiente Renal Crónico Terminal

Kg - Kilograma

Máx. – Máximo

MAT – Medida de Adesão Terapêutica

Min. – Mínimo

pH - Potencial de hidrogénio iónico

SPSS – Statistical Package for the Social Science

TSFR - Técnicas Substitutivas da Função Renal

UF – Ultrafiltração



## ÍNDICE DE SÍMBOLOS

$\bar{X}$  - Média

% - Percentagem

< - Menor que

$\leq$  - Menor ou igual a

= - Igual a

> - Maior que

$\geq$  - Maior ou igual a

↓ - Diminuição

↑ - Aumento

€ - Euros



## 1 - INTRODUÇÃO

A última metade do século XX ficou marcada por grandes progressos ocorridos na tecnologia e na medicina. O desenvolvimento de técnicas médicas, que permitiram prolongar a vida e melhorar a sua qualidade, proporcionou tratamento a doenças e situações anteriormente fatais. Fruto da evolução técnica e científica e da respectiva evolução na prestação de cuidados de saúde, assistimos ao aumento da esperança de vida e ao aumento do número de pessoas com patologia crónica.

Simultaneamente verifica-se o aumento das necessidades de cuidados de saúde, o aumento da complexidade dos regimes terapêuticos e a necessidade de manutenção da qualidade de vida destes doentes.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2011), através da adoção de adequadas medidas promotoras da saúde e preventivas da doença, seria possível alterar o panorama mundial de crescente mortalidade e morbilidade das doenças. Está comprovado que as intervenções comportamentais sustentadas são eficazes na redução dos fatores de risco para a população, bem como a adesão à terapêutica. De realçar que a baixa adesão à terapêutica interfere negativamente no resultado dos tratamentos de doenças crónicas, com consequente aumento dos custos em saúde, traduzindo-se num importante problema de saúde pública.

A adesão é fundamental para o sucesso da terapêutica no contexto de doença crónica. Além da influência na qualidade de vida e do aumento da longevidade, uma elevada adesão terapêutica contribui para uma menor taxa de hospitalização das pessoas com doenças crónicas, com consequente redução dos custos em saúde e minimização do impacto da doença no seio da vida familiar da pessoa.

Em Portugal, uma doença crónica que é cada vez mais prevalente é a Insuficiência Renal Crónica (IRC). A crescente incidência de doenças crónicas que estão na etiologia da insuficiência renal (exemplo: Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial), associada ao aumento da longevidade, contribuem para o seu aumento progressivo. Trata-se de uma patologia que “não apresenta perspectiva de melhora, com uma evolução progressiva, determinando em relevantes problemas de saúde pública devido a alta taxa de morbilidade e mortalidade” (MALDANER, C. [et al], 2008).

Nesta perspectiva, o tema escolhido para este trabalho foi “A Adesão ao Tratamento Medicamentoso da Pessoa portadora de IRC em Hemodiálise”, o qual tem como questões de partida as seguintes:

- Qual o nível de adesão ao tratamento medicamentoso do doente IRC em hemodiálise?

- Quais os fatores que influenciam a adesão ao tratamento medicamentoso do doente IRC em hemodiálise?

Estudar esta temática visa uma melhor compreensão da pessoa em terapia hemodialítica na obtenção da aderência ao tratamento. A razão desta tomada de decisão é justificada pela nossa motivação e interesse pelo tema.

Pretendemos, ainda, que seja um contributo para a melhoria dos cuidados de saúde prestados ao doente portador de IRC.

A realização deste trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório Final, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, sob orientação do Mestre e Especialista Olivério Ribeiro.

Com a elaboração deste estudo, pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências no âmbito do cuidar do doente IRC;
- Sensibilizar os pares para a problemática em estudo;
- Identificar o nível de adesão ao tratamento medicamentoso do doente com IRC em hemodiálise;

- Identificar os fatores que influenciam a adesão ao tratamento medicamentoso do doente IRC em hemodiálise.

Para a prossecução dos objectivos anteriormente traçados, formulamos os seguintes objectivos específicos:

- Identificar se existe relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, relativas ao regime nutricional, relativas à terapêutica farmacológica e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;
- Identificar se existe relação entre as crenças acerca dos medicamentos e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;
- Identificar se existe relação entre as variáveis comportamentais (interação doente/profissional de saúde) e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

- Identificar se existe relação entre as variáveis sociofamiliares (funcionalidade familiar e apoio social) e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico.

Para se poderem alcançar os objetivos delineados, seguiu-se um estudo de natureza transversal, orientado segundo uma lógica descritiva correlacional dado que pretende descrever a adesão ao tratamento medicamentoso dos doentes com IRC em hemodiálise, analisando a influência das variáveis sociodemográficas, sociofamiliares, clínicas, crenças acerca dos medicamentos, variáveis comportamentais sobre a mesma.

A amostra é constituída por 220 doentes IRC em tratamento hemodialítico na Clínica Beirodial, na Unidade de Nefrologia e Diálise do CHTV-epe e na Clínica Nephrocare Viseu. Trata-se de uma amostra não probabilística de conveniência, constituída pelos utentes que se encontravam presentes nos locais escolhidos para a colheita de informação, nas datas convenientes à investigadora.

O instrumento utilizado foi o questionário, constituído por um conjunto de questões relativas às variáveis sociodemográficas, clínicas, comportamentais, variáveis relacionadas com o regime nutricional e com a terapêutica medicamentosa. Inclui também a “Escala de crenças acerca dos medicamentos”, desenvolvida por Pereira e Silva (1999), a versão portuguesa de Beliefs About Medicines Questionnaire de Horne, Weinman e Hankins (1997), a “Escala de Apgar Familiar” versão portuguesa de Azeredo e Matos (1989), a “Escala de Apoio Social”, desenvolvida por Ana Paula Matos e Andreia Ferreira (1999) e a “Escala de Medida de Adesão ao Tratamento”, construída por Delgado e Lima (2001).

Em termos estruturais, o trabalho encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira constituída pela fundamentação teórica, onde é feita a abordagem da Pessoa com insuficiência renal crónica, fisiopatologia da IRC, técnicas de substituição da função renal, terapêutica medicamentosa e restrições nutricionais, inerentes a esta condição; posteriormente, é abordada a adesão ao regime terapêutico, com enfoque na definição de Adesão Terapêutica e na perspectiva do Insuficiente Renal Crónico Terminal (IRCT). Na segunda parte, inicia-se o estudo empírico com a metodologia, englobando a conceptualização do estudo, caracterização da amostra e apresentação do instrumento de colheita de dados. Segue-se a apresentação e análise dos resultados e a sua consequente discussão. Por último, apresentamos as considerações finais do trabalho.





## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 2 – A PESSOA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

O número de doentes com Insuficiência Renal Crónica tem vindo sucessivamente a aumentar. “Afecta 10% da população mundial e estima-se que cerca de 1,1 milhões de doentes com Insuficiência Renal Crónica Terminal necessitam de diálise” (JENKINS, K., 2007).

Portugal acompanha esta tendência crescente, “estima-se que cerca de 800000 pessoas possam sofrer de doença renal crónica e que anualmente, cerca de 2000 pessoas iniciam técnicas de substituição renal” (MACHADO, M., 2009).

Para uma melhor compreensão desta doença e das mudanças que traz para a Pessoa com Insuficiência Renal Crónica, importa uma breve abordagem da sua fisiopatologia, técnicas de substituição renal, terapia medicamentosa e restrições nutricionais.

Segundo Pinto, G. et al (2011), num organismo normal, os rins têm uma ação determinante na manutenção do meio interno, cujo papel principal consiste na manutenção do equilíbrio hidroelectrolítico. Na constituição de cada rim estão cerca de um milhão de nefrónios, responsáveis pela produção de urina, filtrando o sangue, reabsorvendo electrólitos vitais para o organismo, eliminando excesso de água e de produtos tóxicos resultantes do metabolismo celular. Retêm componentes essenciais como a glicose e excretam resíduos do metabolismo como sejam a ureia e a creatinina.

Através de vários mecanismos, regulam o volume de sangue, o equilíbrio hídrico, os electrólitos e o pH. “A permeabilidade da membrana capilar permite a passagem de pequenas partículas para o túbulo renal e a retenção das grandes proteínas que não podem passar através da barreira de filtração” (STEGGAL, M., 2007). Regulando o volume de urina produzida, regulam o “volume do líquido extra celular no organismo. Tal facto é de primordial importância no controle da pressão arterial” (SEELEY, R., 2006).

De acordo com Chalmers (2004), além da função reguladora e excretora, o rim também exerce uma função metabólica, através da produção de renina, de eritropoietina e de ativação da vitamina D, essencial ao equilíbrio do cálcio (cf. quadro 1).

### Quadro 1 – As funções do rim

<b>Excretora:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Excreção de produtos tóxicos, como ureia e creatinina.</li> </ul>
<b>Reguladora:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Volume de água do organismo;</li> <li>– Osmolaridade dos líquidos do organismo;</li> <li>– Balanço electrolítico;</li> <li>– Equilíbrio ácido-base;</li> <li>– Pressão arterial.</li> </ul>
<b>Metabólica:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ativação da vitamina D;</li> <li>– Produção de renina;</li> <li>– Produção de eritropoietina.</li> </ul>

Fonte: CHALMERS, Charlotte – Anatomia e fisiologia aplicadas e o processo da doença renal – In THOMAS, Nicola – Enfermagem em Nefrologia. Camarate: Lusociência. 2004.

Secundário a variadas patologias ou agressões externas, o rim pode perder a sua capacidade para o cumprimento de todas estas funções, evoluindo gradualmente para uma situação de Insuficiência Renal Crónica.

## 2.1 – INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

A Insuficiência Renal Crónica caracteriza-se pela falência do rim, sucede à destruição progressiva e irreversível do parênquima renal, comprometendo a regulação do equilíbrio hidroelectrolítico do organismo. Pode ser definida como “uma síndrome provocada por uma variedade de nefropatias que, devido à sua evolução progressiva, determinam de modo gradativo e quase sempre inexorável uma redução global das múltiplas funções renais, isto é, glomerulares, tubulares e endócrinas”(TERRA, F. [et al], 2010).

A agressão continuada do rim, leva à destruição de nefrónios e à sobrecarga funcional dos restantes, contribuindo para a sua progressiva deterioração e destruição, surgindo um conjunto de manifestações clínicas associadas à perda progressiva da taxa de filtração glomerular (MARCHÃO, C. [et al], 2011).

Secundária à evolução de patologias distintas que lesam o rim de forma difusa e irreparável, nomeadamente hipertensão arterial, diabetes, glomerulonefrite, pielonefrite, doença poliquística, mieloma múltiplo, cálculos renais e reações a algumas drogas (ex: paracetamol e AIENs).

Independentemente da causa inicial, podemos descrever cinco estádios de evolução. Inicialmente os nefrónios que permanecem saudáveis compensam os que vão sendo

destruídos. Com o evoluir da situação, a capacidade de adaptação começa a falhar e os sinais e sintomas de IRC começam a surgir.

De acordo com Chamney, M., (2007), nos estádios 1-3 raramente surgem sintomas, a doença passa despercebida, ou é detectada casualmente quando se fazem exames laboratoriais por outros motivos. Nos estádios mais tardios, os produtos tóxicos acumulam-se no organismo, causando náuseas, vómitos, prurido, dificuldade respiratória, edemas, sintomas de anemia e osteodistrofia renal.

Para Jenkins, K. (2007), perante a evidência de dano renal, a IRC é quantificada mediante a taxa de filtração glomerular (GFR). Tendo por base a GFR, a National Kidney Foundation propõe a classificação da IRC em cinco estádios evolutivos (cf. quadro 2).

**Quadro 2 – Classificação da IRC**

Estádio	Descrição	GFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )
1	Dano renal com função renal Normal ↑ GFR	≥ 90
2	Dano renal Leve ↓ da GFR	60-89
3	Moderada ↓ da GFR	30-59
4	Severa ↓ da GFR	15-29
5	Doença Renal Terminal	< 15 (ou diálise)

Fonte: NATIONAL KIDNEY FOUNDATION – K/DOKI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *American Journal Kidney Disease*. 2002; 39 (Suppl. 2): S1-246.

Na fase inicial da doença, a intervenção terapêutica procura retardar a evolução da insuficiência renal. Recorre-se a uma dieta hipoproteica e a um rigoroso controlo da tensão arterial, sempre com uma monitorização apertada da situação clínica. Numa fase posterior, iniciam-se medidas terapêuticas com o objectivo de manter o equilíbrio interno dentro de intervalos aceitáveis e diminuir os distúrbios causados pela insuficiência renal nos diversos órgãos.

## 2.2 – TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL

A Terapêutica Substitutiva da Função Renal (TSFR) como recurso para substituir a função renal na sua vertente reguladora do meio interno, excretora e endocrinológica, surge apenas no último estágio da Insuficiência Renal Crónica (IRC). As técnicas de substituição renal possíveis são a diálise e o transplante renal. Desde a sua introdução e rápida

disseminação nos anos 60, muitos milhares de doentes beneficiaram delas, usufruindo dos seus benefícios e vendo as suas vidas prolongadas. Atualmente, segundo dados publicados pela Sociedade Portuguesa Nefrologia, existiam em Portugal, em 2010, 10140 doentes com Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT) a efetuarem hemodiálise.

Segundo Machado, M. (2009), “no ano 2000, realizaram-se em Portugal 359 transplantes e 445 em 2006.” No universo das pessoas com IRC em terapêutica de substituição é um número manifestamente pequeno. Isto ocorre porque, entre outros factores, o transplante renal de dador cadáver é o mais frequente e há ainda um número significativo de rejeições.

No âmbito da diálise, falamos de hemodiálise e de diálise peritoneal, cujas técnicas terapêuticas assentam num mecanismo físico em que ocorre transferência de substâncias de uma solução de maior concentração para outra de menor concentração, através de uma membrana semipermeável.

Segundo Rodrigues, A. (2010), a diálise peritoneal, que o doente pode realizar no domicílio, é considerada mais vantajosa para o doente, dado que lhe permite maior autonomia. Não obstante, esta técnica pelas especificidades inerentes, tem uma aplicação mais limitada em comparação com a hemodiálise convencional. Em Portugal verifica-se, nos últimos anos, numa adesão crescente a esta técnica. Neste trabalho, as pessoas com IRC que pretendemos estudar não estão sujeitas a esta abordagem terapêutica, pelo que o tema não será desenvolvido.

Hemodiálise, a técnica de substituição renal mais utilizada a nível mundial, consiste num “processo terapêutico capaz de remover catabólitos do organismo e corrigir as modificações do meio interno por meio da circulação do sangue em máquina idealizada para este fim.” (TERRA, F. [et al], 2010).

A hemodiálise é efectuada em unidades hospitalares ou em centros especializados, geralmente em regime de ambulatório, em que o doente IRCT acorre à respectiva unidade três vezes por semana, realizando sessões dialíticas com cerca de quatro horas.

Os monitores de hemodiálise asseguram a circulação do sangue num circuito extracorporal, tornando possíveis as trocas metabólicas entre o plasma sanguíneo e o dialisante. “O método consiste, essencialmente, na circulação extracorpórea do sangue em tubos ou compartimentos feitos de uma membrana semipermeável e constantemente banhados por uma solução electrolítica apropriada – solução de diálise ou banho” (TERRA, F. [et al], 2010). A composição deste banho ou dialisante, é controlada de acordo com algumas características do doente.

Esta técnica visa “a reconstituição do ambiente dos fluidos intra e extracelular e conseguir a homeostase dos solutos, quer pela sua remoção a partir do sangue, quer pela introdução dos mesmos a partir do dialisante” (MARCHÃO, C. [et al], 2011).

Durante a sessão dialítica, os solutos presentes no plasma são removidos através de uma membrana sintética semi-permeável, segundo um mecanismo físico de diálise. Esta membrana, eficaz na remoção de moléculas de baixo peso molecular e com grande biocompatibilidade, permite a passagem de água e de solutos de baixo peso molecular, impedido a passagem de grandes moléculas (ex.: proteínas). Encontra-se no interior de um dispositivo denominado dialisador, dispositivo este que garante as trocas físico-químicas entre o plasma e uma solução denominada dialisante.

A passagem das moléculas de baixo peso molecular através da membrana, de acordo com Marchão, C [et al] (2011), ocorre por dois processos diferentes:

- Difusão, “termo utilizado para descrever o movimento das moléculas de uma região com uma concentração elevada de solutos para uma região de baixa concentração de solutos, até se igualarem”;
- Ultrafiltração (UF), processo em que “as moléculas de água são muito pequenas e atravessam facilmente a membrana semipermeável, ocorre quando a água é forçada a passar através da membrana pela ação de uma força osmótica ou hidrostática”.

Através do movimento de difusão, as trocas ocorrem do sangue para o dialisante<sup>1</sup> e do dialisante para o sangue, efetuando a reposição de solutos em falta (cálcio, bicarbonato, etc).

Um dos propósitos da sessão dialítica é a remoção de água acumulada no período interdialítico. O monitor de diálise gera um gradiente de pressão hidrostática, tornando a pressão hidrostática negativa no dialisante. Dado este diferencial de pressões, a água move-se entre os compartimentos de sangue e de dialisante, possibilitando a UF pretendida.

---

<sup>1</sup> A solução dialisante não contém ureia nem creatinina, pelo que estas moléculas passam do sangue onde se encontram em maior concentração, para o meio de menor concentração (Marchão, [et al], 2011).

## 2.3 – TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

Contudo, apesar dos avanços tecnológicos, a diálise não substitui a função hormonal e metabólica do rim. A TSFR por diálise exige terapêutica médica complementar. Segue-se uma abordagem daquela que é utilizada com mais frequência pelo doente IRCT.

A terapêutica medicamentosa instituída varia de pessoa para pessoa, conforme as suas necessidades, podendo incluir vitaminas, cálcio e captadores de fósforo, entre outra. Visa ainda o controlo de sintomas causados por doenças associadas à IRC, como sejam a hipertensão arterial e a diabetes. “Os medicamentos são prescritos com a expectativa de que eles possam causar benefícios e fatores positivos na saúde do paciente” (TERRA, F. [et al], 2010). A terapêutica medicamentosa do doente IRCT pode abranger um vasto leque, dirigido ao tratamento de diversas patologias concomitantes (cf. quadro 3).

**Quadro 3 - Medicação mais usada pelos doentes em diálise**

<b>MEDICAÇÃO</b>	
<b>Anti-hipertensores</b>	Antagonistas do Cálcio ARAs – IECAs Agonistas centrais alfa 2 Beta-bloqueantes Outros
<b>Medicação Cardiovascular</b>	Nitratos Amiodarona
<b>Medicação Metabolismo Mineral</b>	Quelantes de fósforo Cálcio Vitamina D Cinacalcet
<b>Tratamento da Anemia</b>	Estimulantes da Eritropoiese Ferro
<b>Medicação Gastrointestinal</b>	Anti-H2 Reguladores da Motilidade

Fonte: RODRIGUES, I. [et al] - Terapêutica peri-dialítica. In FRESENIUS MEDICAL CARE – Manual de hemodiálise para enfermeiros. Lisboa: Almedina, 2011. ISBN 978-972-40-4488-0.

Segundo Rodrigues, I. et al (2011), na maioria dos doentes em hemodiálise, a HTA resulta da retenção de sódio e do aumento do volume intravascular, sendo controlada através da estratégia dialítica de cada doente (plano dialítico individualizado) e de restrições no regime dietético relativamente à ingestão de água e sal. No entanto, em alguns casos, pode dever-se a níveis elevados de renina plasmática, ao aumento das catecolaminas plasmáticas (por disfunção do sistema nervoso simpático), ou à diminuição da sensibilidade dos baroreceptores. Estes doentes, além das medidas dietéticas e dialíticas instituídas, pode ser necessário o uso de drogas hipotensoras:

- Diuréticos, pouco utilizados devido à sua reduzida eficácia nestes doentes;



- Inibidores da enzima de conversão/bloqueadores dos receptores da angiotensina, têm efeito anti-hipertensor e protetor vascular;
- Beta-bloqueantes, atuam a nível do sistema nervoso;
- Antagonistas do Cálcio, interferem com os receptores dos canais de cálcio na parede celular.

A prevalência de doenças cardiovasculares nos hemodialisados é elevada, devido à existência de factores de risco para a aterosclerose (ex: HTA e diabetes). Outros factores associados à urémia contribuem para esta situação: hipertrigliceridémia, hiperparatiroidismo, metabolismo anormal do cálcio e fósforo, calcificações vasculares e níveis elevados de ácido úrico. A medicação mais comum é a amiodarona e os nitratos (RODRIGUES, I. [et al], 2011).

De acordo com o mesmo autor, quase todos os doentes IRCT sofrem de patologia óssea, isto porque são frequentes alterações do metabolismo fósforo/cálcio. “As principais alterações incluem défice de produção de 1,25 vitamina D<sub>3</sub>, retenção de fósforo e alterações da secreção e produção de Paratormona”.

A terapêutica visa o controle eficaz dos níveis de fósforo/cálcio, para diminuir os efeitos do paratiroidismo secundário à IRC, através de um enriquecimento da mineralização óssea.

- Quelantes do fósforo, controlam a hiperfosfatémia, limitam a sua absorção a nível do tubo digestivo (ex: Carbonato de Cálcio, Acetato de Cálcio/Carbonato de Magnésio, Hidróxido de Alumínio, Sevelamer);
- Cinacalcet, bloqueia os receptores de cálcio a nível da paratiróide;
- Derivados de vitamina D (Alfacalcidol, Calcitriol, Paracalcitol, Colecalciferol).

A anemia do doente com IRC em HD é multifactorial, segundo Rodrigues, I. [et al], (2011), “a maioria dos doentes em terapêutica substitutiva da função renal apresenta anemia, que está fundamentalmente associada à baixa produção de eritropoietina, embora possa ser agravada por outros factores (ferropenia, défice de vitamina B<sub>12</sub>, défice de ácido fólico, etc).” O tratamento da anemia depende da causa, pelo que é importante conhecer a sua etiologia. Nas pessoas IRCT, é comum a utilização de eritropoietina humana recombinante; a via de administração mais utilizada é a endovenosa pós-diálise. A administração de ferro é também usual, aumentando a resposta ao tratamento com eritropoietina. Pode ser administrado por via endovenosa no decorrer da sessão dialítica ou por via oral (suplemento ferroso).

## 2.4 – RESTRIÇÕES NUTRICIONAIS

Os aspectos relacionados com a alimentação assumem uma importância fulcral no tratamento da pessoa IRCT, têm uma influência decisiva no regime terapêutico. “Os principais objectivos da intervenção nutricional nos doentes IRCT em hemodiálise são a minimização da toxicidade urémica e a prevenção da desnutrição” (SILVA, Mário [et al], 2011).

Os doentes hemodialisados sofrem muitas vezes de desnutrição calórico-proteica e por isso é importante manter um aporte proteico e calórico adequado. Deve ser assegurada a “ingestão adequada de aminoácidos essenciais, que existem na carne, no peixe, nos ovos, no leite e iogurtes” (SILVA, Mário [et al], 2011).

O regime alimentar adequado a estes doentes, possui diferenças substanciais relativamente ao que é aconselhado à população em geral. Contrariando o que vulgarmente é tido como saudável, as pessoas com IRC sujeitas a hemodiálise, devem beber pouca água, comer pouca fruta, legumes e saladas.

Silva, Mário [et al] (2011), considera que a ingestão de líquidos (água, gelo, gelados, sumos, sopa e outros) deve ser cerca de 0,5 litros mais o volume da diurese residual (total de urina que ainda produz). Tratando-se de pessoas com anúria ou oligúria, o excesso da ingestão hídrica pode conduzir ao conseqüente ganho excessivo de peso interdialítico, provocando alterações da tolerância das sessões de diálise, com risco de hipotensão durante o tratamento, câibras, náuseas, vômitos ou cefaleias. Um ganho de peso interdialítico excessivo nos doentes em HD contribui para a HTA, podendo evoluir para insuficiência cardíaca ou edema agudo do pulmão.

Segundo o mesmo autor, esta limitação constitui um dos aspectos mais difíceis para o IRCT já que, mesmo com sobrecarga hídrica, alguns doentes queixam-se permanentemente com sede, situação por vezes resultante do excesso de sal, seja numa bebida ou num alimento. Logo, também a ingestão de sódio é alvo de restrições. A recomendação da ingestão de sódio é individualizada e depende do volume e das perdas urinárias. O sódio encontra-se em todos os alimentos salgados, que devem ser evitados, além da necessidade de cozinhar com pouco sal.

Quando o volume da diurese residual é baixo ou inexistente, “a necessidade de restrição de sódio é vital, uma vez que pode levar a um maior ganho de peso interdialítico, edema, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca” (SILVA, Mário [et al], 2011).

Outra das restrições refere-se à ingestão diária de potássio, pelo risco de hipercaleiemia, que em situações extremas pode conduzir a paragem cardíaca. “Nos doentes em hemodiálise,

com pouca ou nenhuma diurese residual, o potássio vai acumular-se, uma vez que a sua eliminação é dificultada” (SILVA, Mário [et al], 2011).

O potássio está presente, em menor ou maior quantidade, em quase todos os produtos de origem animal e vegetal. Alimentos como leguminosas e frutos secos, cacau, melão e cerejas, são muito ricos em potássio, devendo ser erradicados da dieta. Frutas e saladas devem ser ingeridas com moderação, escolhendo aquelas mais pobres em potássio. Os vegetais frescos e a batata, devem ser cozidos em duas águas diferentes e, a água de cozedura deve ser desperdiçada.

Para Silva, Mário [et al] (2011), também a ingestão de fósforo deve obedecer a limitações, uma vez que a hiperfosfatémia contribui para o hiperparatiroidismo secundário e a osteodistrofia. Presente no leite e derivados, conservas, fumados e frutos secos, deve ser ingerido conforme as necessidades individuais de cada doente.

Ao invés, “a deficiência e a resistência à ação da vitamina D a nível gastrointestinal e nos ossos aumentam as necessidades de cálcio dos doentes em hemodiálise” (SILVA, Mário [et al], 2011). Contudo, sendo os alimentos ricos em cálcio também fornecedores de fósforo, a sua ingestão terá que ser limitada. Daí a necessidade, já referida, dos suplementos de cálcio e dos quelantes de fósforo.

O mesmo autor refere que também “pode ser necessário um suplemento de vitaminas hidrossolúveis, devido a perdas durante a diálise e inadequada ingestão, por restrição de potássio”.



### 3 - ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

O plano terapêutico da pessoa portadora de IRC submetida a hemodiálise, é complexo e com múltiplas vertentes. Além do tratamento dialítico, há o regime alimentar, o controlo da ingestão hídrica, o acesso vascular e o regime medicamentoso.

Regra geral, o IRCT cumpre o plano dialítico com a frequência e a duração prescritas. No entanto, verifica-se uma dificuldade significativa em aderir às indicações terapêuticas, seja o controlo do peso interdialítico, a restrição de água, as restrições dietéticas, ou o cumprimento do tratamento medicamentoso controlador dos sintomas associados a comorbilidades, tais como a HTA e a diabetes.

Dada a crescente relevância desta temática, face às implicações socioeconómicas que lhe estão inerentes, desde a década de 70 que tem sido alvo de investigação. Decorrente desses estudos surgem, na língua inglesa, dois termos distintos para definir adesão: “*compliance*” e “*adherence*”.

Embora surjam frequentemente associados, o termo “*compliance*”, é alusivo aos doentes que seguem obedientemente as prescrições e indicações dos profissionais de saúde (TURK e MEICHENBAUM, 1991, cit. por PAIS RIBEIRO, 2007). O médico decide o que é ou não apropriado, dá instruções ao doente, que apenas tem que seguir as suas indicações médicas, sugere passividade e submissão.

Esta linha de pensamento, preconiza a existência de um papel passivo do utente e comportamentos de obediência relativamente às recomendações médicas. O cumprimento é uma mera obediência da parte do paciente em relação a indicações médicas impositivas (CABRAL, 2010).

“Pressupõe aquiescência, obediência, submissão, adaptação, fidelidade, lealdade e outros termos equivalentes que têm sido usados desde sempre da parte dos profissionais em relação aos doentes” (PAIS RIBEIRO, 2007).

Por seu lado, “*adherence*”, “compreende a aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o seguem”, (BUGALHO & CARNEIRO, 2004, cit. por CABRAL, 2010).

Assim, o termo adesão sugere que a pessoa assume o tratamento ou indicações sugeridas pelo profissional de saúde como os mais adequados e, racionalmente, opta por acatar essas mesmas recomendações. “Refere-se à situação na qual o comportamento do

doente corresponde às recomendações médicas, sendo avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas, obediência às prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida” (MALDANER, C., 2008).

Surge como uma alternativa, em que o indivíduo tem liberdade de escolha e assume totalmente a responsabilidade do seu tratamento. Neste processo de tomada de decisão são incorporados os conceitos de concordância, cooperação e parceria entre o utente e o prestador de cuidados de saúde (MACHADO, M., 2009).

### 3.1 – TEORIAS E MODELOS DE ADESÃO

Na tentativa de explicar e prever a adesão a regimes terapêuticos, são vários os modelos que procuram esclarecer este comportamento e identificar os factores que determinam a tendência dos indivíduos para aderirem às recomendações médicas. “Baseiam-se no pressuposto de que compreendendo as suas crenças, valores e atitudes, será possível planejar uma intervenção mais eficaz, que permita modificar e controlar os comportamentos adoptados” (MACHADO, M., 2009).

Segue-se uma abordagem de algumas das orientações teóricas utilizadas no âmbito da adesão terapêutica:

- **Modelo Biomédico**, neste modelo “o doente é visto como um recipiente e executor de regimes que devem ser aceites e obedecidos” (PAIS RIBEIRO, 2007). Está mais ligado ao conceito inicialmente usado de “*compliance*”, em que o doente não participa nas decisões, pressupõe-se que deve obedecer às recomendações dos profissionais de saúde.
- **Teoria da Aprendizagem Social**, com origem nos modelos de mudança comportamental, considera “simultaneamente a dinâmica psicossocial subjacente aos comportamentos de saúde e os métodos para promover a mudança ou modificação positiva desses comportamentos” (MACHADO, M., 2009). Com destaque para “os estímulos ou aspectos que desencadeiam o comportamento, às recompensas que reforçam o comportamento, à formação gradual, ou padrão do comportamento e à sua automatização após repetição suficiente” (PAIS RIBEIRO, 2007).
- **Teoria da Ação Racional**, defende que em função da informação acerca dos benefícios e consequências, “o comportamento humano é determinado por um processo de pensamento lógico e objectivo” (PAIS RIBEIRO, 2007). Segundo esta

teoria, o indivíduo tende a aderir ao regime terapêutico se acreditar que terá resultados positivos e se acreditar que para a sua família e outros grupos de referência se trata de um comportamento adequado.

Kristeller e Rodin (1984, cit. por PAIS RIBEIRO, 2007), sugerem um “*Modelo do Desenvolvimento de Adesão*” que contempla três estádios no processo de participação dos indivíduos nos seus cuidados, destacando a importância do papel do indivíduo:

- Estádio 1 - **Concordância**, o doente na fase inicial concorda e segue as prescrições médicas;
- Estádio 2 - **Adesão**, o doente continua a terapêutica com que concordou, com uma vigilância limitada, mesmo quando se defronta com situações conflituais que limitam o seguimento da terapêutica;
- Estádio 3 – **Manutenção**, o doente continua a implementar o comportamento de melhoria da saúde, sem vigilância, incorporando-o no seu estilo de vida.

A transição de um estádio para outro, acontece em função do “controle que os indivíduos têm sobre o tratamento, com o primeiro estádio a exigir já algum controle por parte do doente e o último a conferir-lhe, praticamente, total autonomia” (PAIS RIBEIRO, 2007).

“Este modelo permite compreender, explicar e intervir para melhorar a adesão ao regime terapêutico no contexto de diferentes doenças crónicas, com diferentes exigências ao nível dos comportamentos desejados” (MACHADO, M., 2009).

Nesta perspectiva, a adesão implica um papel ativo e colaborativo do indivíduo no planeamento e implementação do seu regime terapêutico. (BRANNON & FEIST, 1997, cit. por CABRAL, 2010), concluíram que as pessoas que mais aderem aos regimes terapêuticos são aquelas que acreditam que têm responsabilidade na sua saúde e que a mudança de comportamentos lhes poderá trazer benefícios.

### 3.2 – FACTORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO

De acordo com Machado, M. (2009), “a adesão a regimes terapêuticos de longa duração é um fenómeno dinâmico e multidimensional determinado, tal como a saúde em geral, por factores com influência variável, que interagem entre si.” É influenciada por

factores sociais, económicos e culturais, relacionados com os serviços de saúde e os profissionais de saúde, com a doença, com o tratamento e com a pessoa doente.

O nível de adesão à terapêutica depende de um conjunto de factores que interagem entre si, alterando o seu comportamento de adesão à terapêutica. Estes factores podem ser agrupados em três grandes dimensões (WHO, 2003, cit. por CABRAL, 2010):

1. Factores demográficos sociais e económicos;

Com o avançar dos anos a não adesão tende a agudizar-se, devido ao envelhecimento da população (GRIFFITH, 1990, cit. por CABRAL, 2010). Este facto está associado à existência de co-morbilidades, que determinam regimes terapêuticos múltiplos e/ou prolongados, ou ainda à diminuição de algumas capacidades cognitivas e de comunicação. A eventual presença de alterações psiquiátricas, as limitações de mobilidade ou outras incapacidades também podem condicionar o acesso e até o manuseamento dos medicamentos (DUNBAR-JACOB & MORTIMER-STEPHENS, 2001, cit. por CABRAL, 2010).

Por outro lado, alguns estudos parecem demonstrar que a idade não constitui um preditor para a falta de adesão à terapêutica, uma vez que os níveis de cumprimento podem ser idênticos ou até mais elevados nos doentes idosos por comparação com faixas etárias mais jovens (HORNE, 2001; HUGHES, 2004; VIK, MAXWELL, & HOGAN, 2004, cit. por CABRAL, 2010), nomeadamente com os adolescentes, devido à falta de supervisão, à autoimagem e a influências sociais que provocam frequentemente uma diminuição da adesão.

Machado, M. (2009), refere ainda que o indivíduo portador de um baixo estatuto sócio económico, confronta-se com a problemática de optar por prioridades, que incluem os limitados recursos disponíveis para satisfazer as necessidades do seu núcleo familiar. Na atual conjuntura económica, o custo do medicamento pode condicionar a adesão terapêutica.

2. Factores relativos à própria doença e ao regime terapêutico;

A capacidade que o indivíduo tem de perceber a condição da sua doença é determinante para a adesão à terapêutica. Esta percepção está relacionada com a gravidade dos sintomas, o nível de deficiência (física, psicológica, social e profissional), a taxa de progressão e gravidade da doença, bem como a disponibilidade efetiva para a terapêutica. Uma variedade de estudos concluiu que os doentes crónicos assintomáticos frequentemente não aderem à medicação, justificando assim a elevada taxa de adesão nas doenças agudas face a uma menor adesão nas doenças crónicas. Os níveis de adesão podem também ser alterados por: cronicidade da doença, ausência de sintomas ou existência concomitante de várias patologias (DUNBAR-JACOB & MORTIMER-STEPHENS, 2001, cit. por CABRAL, 2010).



O aparecimento de efeitos secundários, a ausência imediata de melhoria dos sintomas, ou contrariamente a percepção da melhoria ou desaparecimento dos sintomas, nomeadamente o controle da dor, podem levar o paciente a suspender o tratamento (DUNBAR-JACOB & MORTIMER-STEPHENS, 2001, cit. por CABRAL, 2010).

Outros aspectos como a duração e complexidade da terapêutica medicamentosa devem também ser considerados. Quanto mais complicada é a terapêutica prescrita, menor a probabilidade do doente aderir completamente. A prescrição de múltiplos medicamentos, assim como muitas tomas diárias ou dosagens elevadas, pode igualmente contribuir para um menor cumprimento do tratamento. O tipo de fármaco, a forma e a via de administração, o desconforto que provoca (o tamanho do comprimido, o cheiro ou o sabor de um xarope) ou ainda as experiências negativas com esse medicamento ou similar, também interferem no nível de adesão (TERRA [et al], 2010).

### 3. Factores resultantes da relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde.

A relação doente / profissional de saúde tem sido considerada por alguns autores como preditiva da adesão. Straub (2005, cit. por MACHADO, M., 2009), considera que essa relação constitui a “espinha dorsal” de todo o tratamento médico.

Segundo Maldaner (2008), o “profissional deve colocar como princípio orientador o foco de sua atenção na pessoa e não na doença, transformando a relação de cuidado, na medida em que o indivíduo se torna um sujeito ativo que participa e se responsabiliza pelo seu tratamento”. A cooperação do doente depende, muitas vezes, da sua avaliação acerca dos cuidados recebidos. Frequentemente o doente privilegia a empatia e a comunicação na relação interpessoal, valorizando-as mais do que as perícias técnicas. A forma como o profissional transmite a informação pode influenciar o comportamento de adesão ou de não adesão do indivíduo.

Segundo Gordon (2007, cit. por SIMÃO, 2009), alguns doentes são incapazes de compreender termos médicos, saindo da consulta sem ideias claras e concisas de como seguir os tratamentos. Também a altura em que a informação é fornecida, origina muitas vezes dificuldades na sua memorização e recordação posterior, nomeadamente quando a informação é dada aquando do diagnóstico ou na primeira prescrição.

Segundo Maclaughlin (2005, cit. por HENRIQUES, 2006), os factores potenciais de adesão podem agrupar-se em cinco categorias: factores sociodemográficos, factores clínicos, medicação, factores comportamentais, e factores económicos (cf. quadro 4).

**Quadro 4 – Factores potenciais de adesão**

<b>CATEGORIA</b>	<b>FACTORES</b>
<b>Sociodemográficos</b>	Idade Raça Sexo Ocupação Nível de educação Educação para Saúde
<b>Clínicos</b>	Tipo de doença Gravidade e duração da doença Número de doenças associadas Frequência do uso dos serviços de saúde Satisfação dos doentes com o serviço de saúde Qualidade dos cuidados
<b>Medicação</b>	Regime de doses Tipo de medicamentos Número de medicamentos Tipo de embalagem Sistema de distribuição medicamentosa Uso de ajudas de adesão Regime terapêutico Reações adversas
<b>Comportamentais</b>	Interação doente-profissional de saúde Conhecimento do doente, compreensão e crenças face à doença ou doenças e medicamentos Conhecimento e crenças do cuidador
<b>Económicos</b>	Classe social Tipo de assistência na saúde Custo da medicação e dos cuidados de saúde Rendimento do doente

Fonte: MACLAUGHLIN, 2005 cit. por HENRIQUES, Maria Adriana Pereira – Adesão ao regime terapêutico em idosos. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2006. Programa de Doutoramento em Enfermagem, apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

De acordo com o mesmo autor, a não adesão contribui também para o aumento das admissões em lares (23%). Hospitalizações e admissões em lares constituem custos diretos da não adesão. Outra das consequências, com correlação positiva com a adesão é a qualidade de vida, mas na maior parte das vezes, a sua avaliação como resultado de saúde é negligenciada.

Concluindo, a adesão ao tratamento “requer trabalho de equipe, envolvendo o esforço dos profissionais de saúde e a utilização da tecnologia disponível, mas principalmente, requer a colaboração e o envolvimento da pessoa portadora da patologia no cuidado de si” (MALDANER, 2008).

### 3.3 - ADESÃO DO DOENTE RENAL CRÓNICO AO REGIME TERAPÊUTICO

Como observado anteriormente, a IRC é uma “patologia cronificadora e insidiosa que compromete mais do que as funções vitais, debilitando e impondo restrições físicas e psicológicas ao exigir um esforço muito grande dos doentes para tolerarem e se adaptarem às mudanças de vida e à gradual perda de sua qualidade.” (THOMAS e ALCHIERE, 2005).

De acordo com o mesmo autor, a partir do momento em que entra num programa de diálise, o IRCT fica dependente da submissão a um tratamento onde abundam dificuldades e limitações, até ao fim dos seus dias ou até receber um órgão transplantado. Perante uma doença crónica, a adesão terapêutica é um fenómeno que envolve diferentes vertentes, difíceis de mensurar. No caso do doente IRCT, poder-se-iam indicar três domínios distintos: adesão à dieta, adesão ao tratamento dialítico e adesão ao tratamento medicamentoso.

“A existência de redes de apoio ajuda o indivíduo a enfrentar os sintomas da doença, encorajando-o a seguir a terapia com confiança e esperança, ajudando-o a sentir-se melhor. O envolvimento dos familiares fortalece o doente renal crónico, pois a dor é compartilhada, diluída” (MALDANER, 2008).

O tratamento medicamentoso e dietético, complementar à hemodiálise, é efectuado pelo indivíduo IRCT ou pelo seu cuidador. “O indivíduo é responsável pela sua aderência ao tratamento, no entanto, o processo de aderência deve envolver a equipe de profissionais, familiares, amigos implicados direta ou indiretamente no tratamento” (MALDANER, 2008).

Segundo o mesmo autor, “a probabilidade do indivíduo não aderir às orientações aumenta com a complexidade do tratamento.” Como já referimos, por vezes, a pessoa com IRC tem múltiplas patologias associadas e está poli medicado, factor que vai condicionar a sua adesão.

Num estudo sobre “Adesão ao tratamento medicamentoso de uso diário de pacientes renais crónicos submetidos à hemodiálise”, publicado na Revista Brasileira de Clínica Médica, os autores verificaram que 16,66% dos inquiridos “já interromperam por conta própria o usos de medicamentos, alegando principalmente presença de reações adversas” (TERRA [et al], 2010).

Segundo este estudo, “factores como a quantidade de medicamentos, as reações adversas, a incompatibilidade entre os fármacos, a dificuldade na compreensão das metas da terapia e da implicação do seu uso inadequado contribuem para dificultar a adesão ao tratamento medicamentoso de doentes renais crónicos submetidos à hemodiálise” (TERRA [et al], 2010).

Tal como referido anteriormente, a não adesão à terapêutica implica consequências negativas no evoluir da doença e aumento dos gastos com a saúde. “A fraca adesão vai implicar um agravamento no estado de saúde geral da pessoa, o aparecimento de um maior número de complicações e de maior gravidade, ..., também pode condicionar a possibilidade de transplante e a necessidade de maior frequência e duração dos tratamentos de hemodiálise” (MACHADO, M., 2009).

Por seu lado, “a efetivação da adesão ao tratamento da IRC favorece ao indivíduo uma sessão de hemodiálise com menor risco de intercorrências e na manutenção e no aprimoramento do bem-estar físico, social e psicológico” (MALDANER, 2008).

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**



## 4 – METODOLOGIA

Segundo Fortin (2009), a metodologia quantitativa baseia-se na observação de fatos, acontecimentos e fenómenos objetivos, comportando um processo sistemático de recolha de dados observáveis e mensuráveis. O investigador percorre várias etapas, desde a definição do problema de investigação até à obtenção de resultados.

Segue-se uma abordagem dos aspetos relacionados com a metodologia utilizada, em conformidade com os objetivos propostos. Posteriormente descreve-se e explica-se o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados e os procedimentos estatísticos realizados.

### 4.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

As doenças crónicas, como é o caso da Insuficiência Renal Crónica, impõem custos elevados em termos humanos, sociais e económicos, impedem que os indivíduos e as comunidades atinjam o seu potencial e roubam às pessoas o seu futuro. “Uma população que cresce sem a adoção de estilos de vida saudáveis e envelhece sem saúde constituirá uma enorme perda de recursos humanos e financeiros” (GUERREIRO, 2010). É necessária uma população saudável para um desenvolvimento justo e sustentável.

Hoje em dia, a preocupação com os custos da saúde é prioritária, pelo que o peso que as doenças crónicas representam a nível social, económico e na qualidade de vida a nível mundial não pode ser descurado (SILVA, M. J., 2008). Esta questão reveste-se de uma enorme complexidade, não apenas pelas alterações na saúde que daí advêm como também nas implicações económicas e sociais. Prevê-se que o impacto económico e mundial das doenças crónicas continue a crescer e em 2020 corresponderá a 65% das despesas relativas à saúde em todo o mundo.

O crescimento significativo do número de pessoas acometidas pela IRC em Portugal e no mundo resulta numa condição de saúde que provoca drásticas alterações nas atividades da vida diária dos doentes, sendo uma das doenças mais exigentes quer pela agressividade do

tipo de tratamento, quer pela sua necessária continuidade, para a manutenção da vida (ANES; FERREIRA, 2009).

O cuidado a estes doentes possui uma perspetiva técnica, mas também um significativo expressivo do cuidado de enfermagem, ou seja, implica o encontro entre pessoas: quem cuida e quem é cuidado (REZENDE; PORTO, 2009; RODRIGUES; BOTTI, 2009).

Os doentes insuficientes renais crónicos, como o próprio nome indica, possuem uma doença crónica com alterações patológicas irreversíveis, resultando em diversas incapacidades e co-morbilidades que, na maioria das vezes, exigem longos períodos de acompanhamento e de tratamento. Estes doentes têm de enfrentar alterações na saúde e na vida em geral, aos mais diversos níveis, orgânico, psíquico, social e económico, com repercussões na sua qualidade de vida.

A hemodiálise é um exemplo de como o avanço rápido da ciência pode contribuir para a qualidade de vida destes doentes, o que requer um maior investimento na formação dos enfermeiros nesta área tão específica, de modo a incentivar-se os doentes à adesão terapêutica.

O paradigma da adesão ao tratamento tem sido nas últimas décadas de importância vital, para o controlo das doenças crónicas. Vários estudos foram realizados sobre esta temática e chegaram a resultados preocupantes no que diz respeito a taxas de não adesão dos doentes ao tratamento e às conseqüentes repercussões no progresso da doença, nos insucessos das práticas profissionais e nos gastos astronómicos em saúde. “O problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que se queira moderno e eficaz” (MACHADO, M., 2009).

O mesmo autor refere que o problema que resulta da fraca ou da não adesão à terapêutica foi descurado durante bastante tempo, mas atualmente, está a ser alvo da atenção crescente da comunidade científica, dos profissionais de saúde, políticos e dirigentes, devido ao impacto negativo que este problema acarreta para o sistema de saúde.

Face ao exposto, formularam-se as seguintes questões de partida:

**- Qual o nível de adesão ao tratamento medicamentoso do doente IRC em hemodiálise?**

**- Quais os factores que influenciam a adesão ao tratamento medicamentoso do doente IRC em hemodiálise?**

Partindo-se do pressuposto que a formulação do objetivo de um trabalho de investigação é um processo que possibilita ao investigador explorar, identificar, descrever ou, ainda, explicar e prever um determinado fenómeno, conforme argumenta FORTIN (2009),



devendo ser formulado com grande economia de palavras, este processo implica que se estabeleça uma relação de causa/efeito, para que se atinjam os objetivos propostos.

Neste contexto como objetivos gerais delinear-se os seguintes:

- Identificar o nível de adesão ao tratamento medicamentoso do doente com IRC em hemodiálise;
- Identificar os fatores que influenciam a adesão ao tratamento medicamentoso do doente IRC em hemodiálise.

Decorrente dos objetivos gerais, os objetivos específicos, para este estudo, são os seguintes:

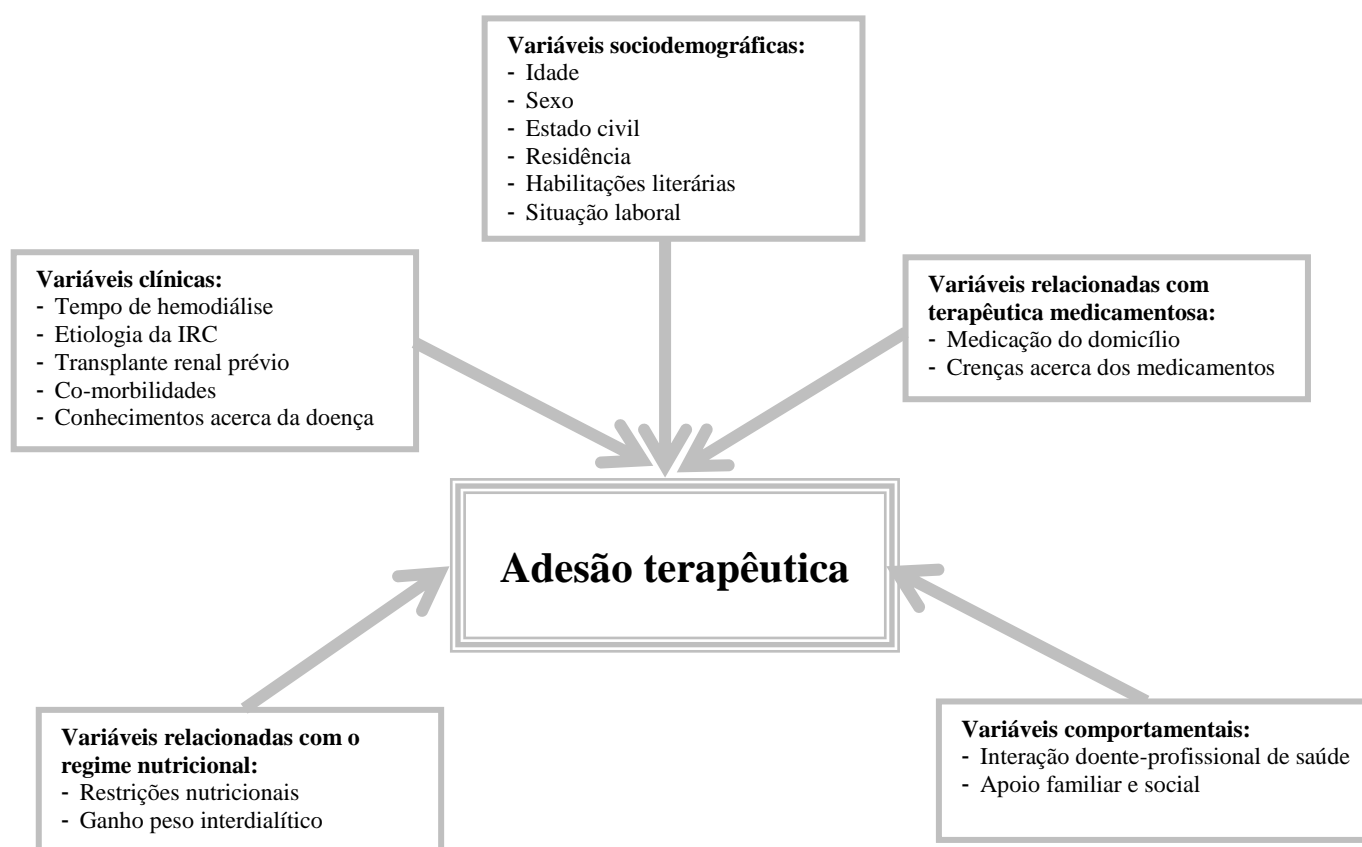
- Identificar se existe relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, relativas ao regime nutricional, relativas à terapêutica medicamentosa e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;
- Identificar se existe relação entre as crenças acerca dos medicamentos e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;
- Identificar se existe relação entre as variáveis comportamentais (interação doente/profissional de saúde) e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;
- Identificar se existe relação entre as variáveis sociofamiliares (funcionalidade familiar e apoio social) e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico.

#### 4.2 – TIPO DE INVESTIGAÇÃO

O presente estudo tem um cariz transversal e será orientado segundo uma lógica descritiva correlacional dado que pretende descrever a adesão ao tratamento medicamentoso dos doentes com IRC em hemodiálise, analisando a influência das variáveis sociodemográficas, sociofamiliares, clínicas, crenças acerca dos medicamentos, variáveis comportamentais e a mesma.

O desenho da investigação proposto, expõe a articulação das variáveis em estudo (cf. figura 1).

**Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas**



Para a concretização do estudo, foram formuladas as seguintes hipóteses, que passamos a enunciar:

- **H<sub>1</sub>** - Existe relação significativa entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, residência, co-habitação, habilitações literárias, situação laboral, rendimento mensal líquido) e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;
- **H<sub>2</sub>** – Existe relação significativa entre as variáveis relativas ao regime nutricional (cumprimento das recomendações nutricionais e ganho de peso interdialítico) e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;
- **H<sub>3</sub>** – Existe relação significativa entre as variáveis referentes à terapêutica medicamentosa (medicação efetuada no domicílio, apresentação do medicamento, número diário de comprimidos tomados, gasto mensal com medicação, efeitos indesejados da medicação) e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

- **H<sub>4</sub>** – Existe relação significativa entre as variáveis comportamentais (interação doente/profissional de saúde) e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;
- **H<sub>5</sub>** - Existe relação significativa entre a idade, o tempo de permanência em hemodiálise, o número diário de comprimidos, o gasto mensal com medicação, as crenças acerca dos medicamentos, a funcionalidade familiar, o apoio social percebido e o nível de adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico.

#### 4.3 – PARTICIPANTES NO ESTUDO

A população em estudo foi constituída pelos doentes IRC a efetuar hemodiálise no Distrito de Viseu.

A amostra é constituída por 220 doentes IRC em tratamento hemodialítico na Clínica Beirodial (86), na Unidade de Nefrologia e Diálise do CHTV-epe (21) e na Clínica Nephrocare Viseu (127), no período de tempo compreendido entre Setembro e Outubro de 2011. Trata-se de uma amostra não probabilística de conveniência, dado que foi constituída pelos utentes que se encontravam presentes nos locais escolhidos para a colheita de informação, nas datas convenientes ao investigador.

Foram incluídos todos os doentes com idade superior ou igual a 18 anos, possuidores de insuficiência renal crónica, em tratamento hemodialítico, que aceitaram participar no estudo e assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido.

Constituíram critérios de exclusão a existência de alterações do estado de consciência ou problemas que impossibilitem a comunicação. Foram também excluídos os utentes que vivem em lar, já que a medicação lhes é fornecida/administrada pelos respectivos funcionários.

##### 4.3.1 – Caraterização sociodemográfica da amostra

A amostra é constituída por 220 participantes, 60% do sexo masculino e 40% do sexo feminino.

A idade mínima é 20 anos e a máxima 96 anos, o que corresponde a uma média de 66,60 com um desvio padrão de 14,66. O C.V. indica uma dispersão média (CV=22,01%). Os

valores de simetria (Skewness/error = 0,164) indicam uma distribuição simétrica (Kurtosis/error= 0,327%) e uma curva mesocúrtica.

A média de idade dos homens é de 65,46 com desvio padrão de 15,14 e a média de idade das mulheres é de 68,32 com desvio padrão de 13,82. O teste *t de student* revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre ambas as variáveis ( $p= 0,150$ ) (cf. quadro 5).

**Quadro 5 – Estatísticas da Idade**

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	T	P
<i>Masculino</i>	27	96	65,46	15,14	23,13	0,211	0,419		
<i>Feminino</i>	20	91	68,32	13,82	20,23	0,257	0,508	1,445	0,150
<i>Valor Global</i>	20	96	66,60	14,66	22,01	0,164	0,327		

Foram agrupados os elementos da amostra em 5 classes etárias, com intervalos de 15 anos. Verificamos que 40,5% dos indivíduos se situam na classe etária dos 66 aos 80 anos, seguindo-se os indivíduos que se situam na classe etária dos 51 aos 65 anos com uma percentagem de 25,5%. A maioria dos homens (34,9%) encontra-se na classe etária dos 66 aos 80 anos, assim como, a maioria das mulheres (42,0%) (cf. quadro 6).

Relativamente ao estado civil a maioria dos sujeitos são casados ou encontram-se em união de facto (68,2%), correspondendo a 75,8% dos sujeitos do sexo masculino e 56,8% do sexo feminino.

No que concerne à residência 72,3% dos sujeitos reside em meio rural, enquanto 27,7% reside em meio urbano.

Analisando o quadro pode-se observar que a maioria dos sujeitos (37,3%) vive numa família restrita e numa percentagem muito próxima os sujeitos que vivem apenas com o companheiro (34,1%).

No que se refere às habilitações literárias, a maioria dos sujeitos da amostra possui o ensino primário (54,5%). Através da análise do quadro verificou-se que 31,8% das mulheres não saber ler/escrever em oposição a 9,8% dos homens. Relativamente ao ensino secundário as percentagens verificadas foram muito próximas sendo que 9,1% das mulheres possuía a habilitação anteriormente mencionada, assim como 8,3 % dos homens (cf. quadro 7).

Relativamente à situação laboral pode-se referir que a maioria dos sujeitos (95,5%) se encontram numa situação não ativa e 4,5% dos sujeitos encontra-se em situação laboral ativa. Verificou-se ainda que nos sujeitos com situação laboral não ativa a maior percentagem é nas

mulheres (98,9%) e que nos sujeitos com situação laboral ativa a percentagem é maior nos homens (6,8%).

Referente ao rendimento mensal verificou-se através da análise do quadro que a maioria dos sujeitos (66,8%) auferem um rendimento mensal inferior a 485€, ou seja, um rendimento inferior ao ordenado mínimo nacional. Segundo o sexo verificou-se que esta variável apresentou uma percentagem de 83,0% de mulheres e 56,1% de homens.

**Quadro 6 – Caracterização sociodemográfica**

	Masculino (n=132)		Feminino (n=88)		Total (n=220)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Idade</b>						
Média	66,60					
Desvio Padrão	14,66					
<b>Classe Etária</b>						
20-35 anos	5	3,8	2	2,3	7	3,2
36-50 anos	21	15,9	8	9,1	29	13,2
51-65 anos	31	23,5	25	28,4	56	25,5
66-80 anos	52	34,9	37	42,0	89	40,5
>81 anos	23	17,4	16	18,2	39	17,7
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	13	9,8	3	3,4	16	7,3
Casado e União de facto	100	75,8	50	56,8	150	68,2
Divorciado	10	7,6	5	5,7	15	6,8
Viúvo	9	6,8	30	34,1	39	17,7
<b>Residência</b>						
Meio Rural	92	69,7	67	76,1	159	72,3
Meio Urbano	40	30,3	21	23,9	61	27,7
<b>Co-habitação</b>						
Companheiro	54	40,9	21	23,9	75	34,1
Família restrita	46	34,8	36	40,9	82	37,3
Família alargada	17	12,9	15	17,0	32	14,5
Sozinho	15	11,4	16	18,2	31	14,1
<b>Habilitações Literárias</b>						
Não sabe ler/escrever	13	9,8	28	31,8	41	18,6
Ensino primário	77	58,3	43	48,9	120	54,5
Ensino básico	25	18,9	5	5,7	30	13,6
Ensino secundário	11	8,3	8	9,1	19	8,6
Ensino superior	6	4,5	4	4,5	10	4,5
<b>Classe Situação Laboral</b>						
Ativo	9	6,8	1	1,1	10	4,5
Não ativo	123	93,2	87	98,9	210	95,5
<b>Rendimento Mensal</b>						
Inferior a 485€	74	56,1	73	83,0	147	66,8
Entre 486€ e 970€	37	28,0	10	11,4	47	21,4
Entre 971€ e 1455€	14	10,6	1	1,1	15	6,8
Superior a 1456€	7	5,3	4	4,5	11	5,0

## Síntese

- A média da idade foi 66,60 anos e o seu respectivo desvio padrão foi de 14,66.
- A classe de idades que apareceu com maior frequência foi a dos sujeitos com idades entre os 66 e os 80 anos com um n=89 e uma percentagem de 40,5%.
- No estado civil a maioria dos sujeitos eram casados ou encontravam-se em união de fato, apresentando um n=150 (68,2%).
- Na residência apareceram com maior frequência os sujeitos que residiam em meio rural com um n=159 e uma percentagem de 72,3%.
- A co-habitação apresentou uma maior frequência na família restrita com um n=82 e uma percentagem de 37,3%.
- Nas habilitações literárias os sujeitos que possuíam o Ensino Primário apresentaram a maior frequência, com n=120 e a respectiva percentagem de 54,5%.
- A situação laboral apresentou uma maior frequência nos sujeitos não ativos com um n=210 e uma percentagem de 95,5%.
- No rendimento mensal a maioria dos sujeitos apresentaram um rendimento mensal inferior a 485€ com um n=147 e uma percentagem de 66,8%.

#### 4.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para a concretização de um trabalho de investigação, de acordo com os objectivos do mesmo, é fulcral a elaboração de um instrumento de colheita de dados, através do qual o investigador recolhe a informação necessária e pertinente à resolução do problema abordado (FORTIN, 2009). O investigador deve seleccionar o instrumento mais adequado ao estudo que empreendeu e às questões de investigação que elaborou.

O instrumento utilizado foi o questionário (Apêndice I). Os dados foram colhidos durante os meses de Setembro e Outubro de 2011. No que diz respeito à estrutura do mesmo, divide-se em cinco partes:

**Parte I** - Variáveis Sociodemográficas – apresenta questões que permitem identificar as características dos sujeitos da amostra, nomeadamente idade, sexo, estado civil, área de residência, co-habitação, habilitações literárias, situação laboral e rendimento mensal líquido.

**Parte II** – Variáveis Clínicas – contém questões que nos permitem identificar o tempo de permanência em hemodiálise, a etiologia da IRC, se houve transplante renal prévio e conhecimentos do doente acerca da doença.

**Parte III** - Variáveis relacionadas com o Regime Nutricional – permite identificar se o doente segue as recomendações relativas a dieta e hidratação, se deixou de ingerir algum alimento e qual a média de ganho de peso interdialítico.

**Parte IV** – Variáveis relacionadas com a terapêutica medicamentosa - permite identificar a medicação efetuada no domicílio, a sua forma de apresentação, o número diário de comprimidos, o gasto mensal com medicação e a existência de efeitos indesejados atribuídos à medicação.

Inclui também a “**Escala de crenças acerca dos medicamentos**”, desenvolvida por Pereira e Silva (1999), a versão portuguesa de Beliefs About Medicines Questionnaire de Horne, Weinman e Hankins (1997), que visa avaliar as representações cognitivas que os indivíduos fazem em relação aos medicamentos. Esta escala está subdividida em duas partes, a primeira designada por QCF – Específica, avalia as representações de medicamentos prescritos para uso pessoal e a segunda, designada por QCF – Geral, avalia as crenças acerca dos medicamentos em geral. Neste estudo foi utilizada a QCF – Específica, já aferida para a população portuguesa.

A QCF – Específica é constituída por dois fatores de cinco itens cada, que avaliam as crenças dos indivíduos acerca da necessidade da medicação que lhes foi prescrita (questões 1, 3, 4, 7 e 10), e as preocupações relacionadas com a mesma com base em crenças acerca dos perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo (questões 2, 5, 6, 8 e 9). Os itens são cotados numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (1=discordo totalmente; 2=discordo; 3=não tenho a certeza; 4=concordo; 5=concordo totalmente), variando o total em cada uma das subescalas do QCF – Específica, entre 5 e 25 pontos. O valor total da QCF – Específica varia entre 10 e 50.

Na subescala Necessidade da Medicação Prescrita, quanto mais elevada a cotação obtida, mais forte a crença na necessidade de tomar essa medicação. Na subescala Crença acerca do Perigo de Dependência, quanto mais elevada a cotação, maior a crença no perigo de dependência e toxicidade ou efeito secundário a longo prazo.

**Parte V** – Variáveis comportamentais – além da “Escala de Apgar Familiar” e da “Escala de Apoio Social”, inclui quatro questões alusivas à interação doente-profissional de saúde e a “Escala de Medida de Adesão ao Tratamento”.

A “**Escala de Apgar Familiar**”, versão portuguesa de Azeredo e Matos (1989), possibilita identificar a funcionalidade familiar. Constituída por cinco perguntas que quantificam a percepção que o indivíduo tem do funcionamento familiar. A cada pergunta é

atribuída a possibilidade de três respostas, correspondendo-lhes uma determinada pontuação: quase sempre (2), algumas vezes (1) e quase nunca (0).

O resultado final é obtido através do somatório da pontuação atribuída a cada uma das perguntas, variando entre 0 e 10. A cada somatório é atribuída uma classificação da funcionalidade familiar (cf. quadro 7).

**Quadro 7 – Funcionalidade Familiar e pontuação correspondente**

Funcionalidade familiar	Pontuação
Altamente Funcional	7 – 10
Moderadamente Funcional	4 – 6
Disfunção Acentuada	0 – 3

A “**Escala de Apoio Social**”, desenvolvida por Ana Paula Matos e Andreia Ferreira (1999), pretende estudar a funcionalidade do apoio social, avaliando a disponibilidade de três fatores: apoio emocional, apoio instrumental e apoio informativo. Este instrumento engloba dezasseis questões, avaliadas segundo uma escala do tipo *Likert*. Permite cinco possibilidades de resposta, a que se atribui uma pontuação de 1 a 5 (Não concordo=1, Concordo pouco=2, Concordo moderadamente=3, Concordo muito=4, Concordo muitíssimo=5). Quanto maior a pontuação, maior o nível de apoio social, excepto para os itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16 que, estando formulados na negativa, devem ser cotados inversamente.

O fator 1, representa os itens que traduzem o apoio informativo, inclui o conselho e a informação que facilitam a resolução de problemas, é obtido através da resposta às questões 1, 6, 7, 8, 9 e 10. A pontuação deste fator varia entre 6 e 30.

O fator 2, refere-se aos itens que traduzem o apoio emocional, é obtido através da resposta às questões 2, 3, 4, 5 e 11. A pontuação deste fator varia entre 5 e 25.

O fator 3, traduz o apoio instrumental na resolução de problemas em concreto, é obtido através da resposta às questões 12, 13, 14, 15 e 16. A pontuação deste fator varia entre 5 e 25.

A pontuação total da escala, do Apoio Global, varia entre 16 e 80.

A “**Escala de Medida de Adesão ao Tratamento**”, construída por Delgado e Lima (2001), é constituída por sete itens, respondidos numa escala de tipo *Likert* de 6 pontos, que vão desde 1=Sempre a 6=Nunca. A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos. A pontuação varia entre 1 e 6.



Pode também ser convertida numa escala dicotómica. A conversão faz-se do seguinte modo: nunca(6) e raramente(5) da escala de *Likert* passam a não (1) da escala dicotómica; por vezes (4), com frequência (3), quase sempre (2) e sempre (1) da escala de *Likert* passam a sim (0) da escala dicotómica. Neste caso, a pontuação varia entre 0 e 1.

Em ambos os casos, valores mais elevados significam maior nível de adesão.

#### 4.5 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Cumprindo os princípios éticos que devem orientar um trabalho de investigação, foi solicitada autorização para aplicação das diversas escalas utilizadas aos respetivos autores (Anexo I). Foi efetuado um pedido formal de autorização ao Centro Hospitalar Tondela Viseu, à Clínica Beirodial - Centro médico e diálise de Mangualde, LDA; e à Clínica Nephrocare Viseu, pela Escola Superior de Saúde de Viseu, com vista a obter o consentimento das instituições citadas (Anexo II).

Outro procedimento indispensável foi explicar aos participantes o objectivo do estudo e o porquê da aplicação do instrumento de colheita de dados (Apêndice II). Solicitado o consentimento aos doentes que fizeram parte da nossa amostra, através do preenchimento do consentimentos informado antes da aplicação dos questionários, foi ainda garantido o anonimato e confidencialidade.

#### 4.6 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Concluída a colheita de dados, todos os questionários foram analisados, de forma a identificar e eliminar os que estavam incompletos ou mal preenchidos. Posteriormente foi elaborada uma base de dados, para viabilizar a codificação dos dados obtidos e respetivo tratamento estatístico. De seguida recorreu-se à análise estatística descritiva e inferencial. O programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0. foi utilizado como ferramenta para o processamento da informação.

Os dados apresentados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado aos doentes em hemodiálise nos centros já referidos, pelo que se omitiu o local, a data e a fonte dos mesmos. Para a apresentação dos resultados foram utilizados quadros onde se apresentam os dados mais relevantes.

De acordo com Pestana e Gageiro (2008), na análise estatística utilizam-se os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  - estatística significativa
- $p < 0.01$  - estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  - estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  - não significativo

Relativamente à análise descritiva, para a descrição das variáveis em estudo, determinaram-se frequências, média ( $\bar{X}$ ), desvio padrão (dp) e coeficiente de variação (CV). Utilizando os intervalos definidos pelos mesmos autores, quanto ao CV consideramos:

- $CV < 15\%$  – dispersão fraca
- $15\% < CV < 30\%$  – dispersão média
- $CV > 30\%$  – dispersão elevada

Quanto à medida de assimetria Skewness (SK), obtida através do quociente entre SK com o erro padrão (EP), segundo os mesmos autores, temos:

- SK/EP inferior a -1.96 - distribuição assimétrica negativa com enviesamento à direita
- SK/EP entre -1.96 e 1.96 - distribuição simétrica
- SK/EP superior a 1.96 - distribuição assimétrica positiva com enviesamento à esquerda

Utilizámos também a medida de achatamento curtose (K), obtida através do quociente K com o erro padrão (EP):

- $K/EP < -1.96$  = distribuição platicúrtica
- $K/EP$  entre -1.96 e 1.96 = distribuição mesocúrtica
- $K/EP > 1.96$  = distribuição leptocúrtica

Quanto à estatística inferencial, aplicou-se o teste *Kolmogorov-Smirnov* com o objetivo de se verificar a condição de normalidade. No tratamento de algumas variáveis, recorreu-se a testes paramétricos (*t de Student*), uma vez que os mesmos são bastante robustos, com aplicabilidade em situações em que a normalidade é violada, salvo em casos em que haja uma distribuição muito divergente da normal (PEREIRA, 2008).

Para além da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas, os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade em duas situações: desde que as distribuições não sejam excessivamente enviesadas ou achatadas; que as dimensões das amostras não sejam demasiado pequenas, sendo condição grupos amostrais com um  $n$  superior a 30 (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

Na comparação de grupos dependentes ou relacionados, aplicou-se o teste paramétrico *t de Student*. Nos casos em que são expostos dois testes de *t* (um para variâncias iguais e outro para quando são diferentes), implica que se escolha o mais adequado, partindo sempre do teste da homogeneidade - *Levene* - quando a sua significância é superior a 0,05, assume-se a igualdade das variâncias. (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

Recorreu-se também à estatística não paramétrica como alternativa aos testes paramétricos já descritos, porque não se registou a condição da homogeneidade/normalidade de variâncias entre os grupos, isto é, o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,6. Nestes casos utilizou-se os testes *U-Mann-Whitney* e o *Kruskal Wallis*.

Com o intuito de se verificar a relação entre a variável dependente e mais que uma variável independente, efetuou-se uma regressão múltipla com recurso ao método de estimação *Stepwise*, que permitiu determinar as variáveis preditoras da variável dependente.

Utilizaram-se os valores de *r* sugeridos por Pestana e Gageiro (2005) relativos às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera:

- $r < 0,2$  – associação muito baixa
- $r$  entre  $[0,2, 0,39]$  – associação baixa
- $r$  entre  $[0,4,0,69]$  – associação moderada
- $r$  entre  $[0,7,0,89]$  – associação alta
- $r > 0,9$  – associação muito alta



## 5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

“A fase empírica propriamente dita é reservada à análise descritiva e inferencial dos dados recolhidos junto dos participantes por meio de métodos de colheita de dados” (FORTIN, 2009).

Segue-se a apresentação e análise descritiva e inferencial da amostra em estudo, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, as variáveis clínicas, as variáveis do regime nutricional, as variáveis terapêuticas, as variáveis comportamentais e as escalas utilizadas na colheita de dados.

### 5.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

“A análise descritiva dos dados é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos. Visa descrever as características da amostra e responder às questões de investigação” (FORTIN, 2009).

A aplicação do instrumento de colheita de dados aos 220 sujeitos da nossa amostra permitiu-nos obter os resultados que a seguir apresentamos.

#### 5.1.1 – Caracterização das Variáveis Clínicas

Em relação ao tempo de permanência em hemodiálise, verificou-se o mínimo é 0,25 anos e o máximo 29,00 anos, o que corresponde a uma média de 4,89 com um desvio padrão de 4,68. O C.V. indica uma dispersão elevada (CV=95,70%). Os valores de simetria (Skewness/error = 12,384) indicam uma distribuição assimétrica positiva com enviesamento à esquerda e uma curva leptocúrtica (Kurtosis/error= 15,789) (cf. quadro 8).

**Quadro 8- Tempo de permanência em hemodiálise**

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
<b>Tempo de permanência em hemodiálise</b>	0,25	29,00	4,89	4,68	95,70	12,384	15,789

Referente às causas de IRC verificou-se que as causas mais frequentes foram a doença renal poliquística com uma percentagem de 24,1% e a diabetes com uma percentagem de 22,7%. Relativamente à doença renal poliquística a maioria dos sujeitos era do sexo feminino (27,3%) e relativamente à diabetes a maioria era do sexo masculino (28,0%) (cf. quadro 9).

Perante a existência de transplante renal prévio, verificou-se que a grande maioria nunca foi sujeita a transplante (84,1%) e apenas 15,9% já realizaram transplante renal. Em ambas as situações as percentagens referentes ao sexo foram iguais, sendo que para o sim foi de 15,9% e para o não foi de 84,1%.

Ainda referente às variáveis clínicas verificou-se que a diabetes, a HTA, as doenças cardíacas e a anemia, são as co-morbilidades mais frequentes no sexo masculino e a obesidade, os problemas ósseos e os problemas da paratiróide são mais frequentes no sexo feminino.

Relativamente aos conhecimentos acerca da doença, verificou-se que 95,0% dos inquiridos consideraram que a doença renal é para toda a vida, sendo que 95,5% dos elementos do sexo feminino partilhava esta opinião. Apenas 5,0% dos inquiridos responderam que a doença renal não é para toda a vida.

Alusivo à duração do tratamento, observou-se que 93,2% dos sujeitos consideram que o tratamento é para toda a vida em oposição a 6,8% que não o consideram. 95,5% dos inquiridos do sexo feminino consideram que o tratamento é para toda a vida.

Finalizando, para a maioria dos sujeitos (96,4%) o tratamento sem medicação não é possível, sendo desta opinião 96,6% dos sujeitos do sexo feminino e 96,2% dos elementos do sexo masculino. Apenas 3,6% da amostra considera que o tratamento sem medicação é possível.

**Quadro 9 – Variáveis Clínicas**

Variáveis Clínicas	Masculino (n=132)		Feminino (n=88)		Total (n=220)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Causa de IRC</b>						
HTA	15	11,4	12	13,6	27	12,3
Diabetes	37	28,0	13	14,8	50	22,7
Doença renal poliquística	29	22,0	24	27,3	53	24,1
Doença autoimune	4	3,0	1	1,1	5	2,3
Uso abusivo AINE	4	3,0	4	4,5	8	3,6
Desconhecida	26	19,7	20	22,7	46	20,9
Outra	17	12,9	14	15,9	31	14,1
<b>Transplante Renal prévio</b>						
Sim	21	15,9	14	15,9	35	15,9
Não	111	84,1	74	84,1	185	84,1
<b>Co-morbilidades</b>						
Diabetes	43	63,2	25	36,8	68	100,0
HTA	90	62,1	55	37,9	145	100,0
Doença cardíaca	47	61,0	30	39,0	77	100,0
Obesidade	3	33,3	6	66,7	9	100,0
Problemas ósseos	24	46,2	28	53,8	52	100,0
Doença Paratiróide	16	42,1	22	57,9	38	100,0
Anemia	17	51,5	16	48,5	33	100,0
Outras	20	55,6	16	44,4	36	100,0
<b>A Doença Renal é para toda a vida</b>						
Sim	125	94,7	84	95,5	209	95,0
Não	7	5,3	4	4,5	11	5,0
<b>O tratamento é para toda a vida</b>						
Sim	121	91,7	84	95,5	205	93,2
Não	11	8,3	4	4,5	15	6,8
<b>Pode ser tratada sem medicação</b>						
Sim	5	3,8	3	3,4	8	3,6
Não	127	96,2	85	96,6	212	96,4

**Síntese:**

O tempo de permanência em diálise, varia entre 0,25 anos e 29 anos, sendo a média 4,89 anos, com um desvio padrão de 4,68.

As causas mais frequentes foram a doença renal poliquística com uma percentagem de 24,1% e a diabetes com uma percentagem de 22,7%.

A maioria dos inquiridos nunca realizou transplante (84,1%).

A diabetes, a HTA, as doenças cardíacas, a anemia, a obesidade, os problemas ósseos e os problemas da paratiróide, são as co-morbilidades mais frequentes.

Relativamente ao tratamento da doença renal, 93,2% dos inquiridos, ou seja, a grande maioria, consideram que este é para toda a vida.

Finalizando, para a maioria dos sujeitos (96,4%) o tratamento sem medicação não é possível.

### **5.1.2 – Caracterização das Variáveis do Regime Nutricional**

No que concerne ao cumprimento das recomendações de dieta e ingestão hídrica, observou-se que 52,7% dos sujeitos da amostra cumpria as recomendações, 42,7% apenas cumpria as recomendações às vezes e só uma percentagem de 4,5% dos sujeitos não cumpriam as recomendações. Ainda a referir que dos sujeitos que cumpriam as recomendações a maioria era do sexo masculino (57,6%), enquanto o sexo feminino verificou as maiores percentagens para o cumprimento das recomendações às vezes e nunca, respectivamente, 48,9% e 5,7% (cf. quadro 10).

Relativo a ter deixado de comer algum alimento verificou-se que a maioria dos elementos da amostra não deixou de comer nenhum alimento (58,6%), sendo que a maioria destes sujeitos eram do sexo feminino (59,1%). Uma percentagem inferior (41,4%) deixou de comer pelo menos um alimento.

Falando da média de ganho de peso interdialítico (GPI), para 3,6% dos sujeitos o GPI médio é inferior a 1Kg, Para 24,1% da amostra o GPI médio varia entre 1Kg e 2Kg, para 47,7% situa-se entre 2Kg e 3Kg, para 20,5% é entre 3Kg e 4Kg e apenas para 4,1% é superior a 4Kg. O grupo mais representativo foi o dos sujeitos com o GPI médio entre 2Kg e 3Kg, sendo que destes 52,3% eram sujeitos do sexo feminino e 44,7% eram sujeitos do sexo masculino.



**Quadro 10 - Variáveis de Regime Nutricional**

Variáveis de Regime Nutricional	Sexo	Masculino (n=132)		Feminino (n=88)		Total (n=220)	
		n	%	N	%	n	%
<b>Cumprir Recomendações Dieta e Hidratação</b>							
Sim		76	57,6	40	45,5	116	52,7
Não		5	3,8	5	5,7	10	4,5
Às vezes		51	38,6	43	48,9	94	42,7
<b>Deixou de Comer Algum Alimento</b>							
Sim		55	41,7	36	40,9	91	41,4
Não		77	58,3	52	59,1	129	58,6
<b>Média de Ganho de Peso Interdialítico</b>							
<1kg		6	4,5	2	2,3	8	3,6
1Kg-2Kg		23	17,4	30	34,1	53	24,1
2Kg-3Kg		59	44,7	46	52,3	105	47,7
3Kg-4Kg		36	27,3	9	10,2	45	20,5
>4Kg		8	6,1	1	1,1	9	4,1

**Síntese:**

Observou-se que 52,7% dos sujeitos da amostra cumpria as recomendações.

A maioria dos elementos da amostra não deixou de comer nenhum alimento (58,6%).

Para 24,1% da amostra o GPI médio varia entre 1Kg e 2Kg, para 47,7% situa-se entre 2Kg e 3Kg e para 20,5% é entre 3Kg e 4Kg.

**5.1.3 – Caracterização das Variáveis Terapêuticas**

Alusivo às variáveis terapêuticas, pode ser referido que os anti-hipertensores, os anti-dislipidêmicos, os anticoagulantes, os antiarrítmicos, os IECAs, os diuréticos, os antidiabéticos, os quelantes de fósforo, o cálcio, o ferro, sob a apresentação de comprimidos, cápsulas e selos transdérmicos constituem medicação mais frequente no sexo masculino, relativamente ao sexo feminino (cf. quadro11).

No que toca a apresentação da medicação verificou-se que no sexo masculino foi sempre mais frequente a toma de medicação por comprimidos, cápsulas e selos, tendo em relação à toma de xarope aparecido apenas um elemento do sexo feminino.

Verificamos que, na sua grande maioria, os participantes não deixaram de tomar a medicação devido à falta de dinheiro (83,6%). Constatamos também que 16,4% dos inquiridos já deixaram de tomar medicação por falta de dinheiro para a sua aquisição, sendo 18,2% do sexo masculino.

Relativo à percepção de efeitos indesejados com a medicação, 69,1% mencionou não os ter sentido, sendo estes 73,5% do sexo masculino e 62,5% do sexo feminino. Dos sujeitos que sentiram os efeitos indesejados da medicação (30,9%), 37,5% são do sexo feminino e 26,5% são do sexo masculino. Quanto ao tipo de efeitos secundários, a fadiga, as palpitações e as náuseas foram mais sentidas pelo sexo feminino, enquanto as cefaleias e a disfunção sexual foram mais sentidas pelo sexo masculino. Por último, refira-se que outros efeitos secundários foram sentidos tanto pelo sexo feminino como pelo sexo masculino.

**Quadro 11 - Variáveis Terapêuticas**

Variáveis Terapêuticas	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		(n=132)		(n=88)		(n=220)	
		N	%	n	%	n	%
<b>Medicação do domicílio</b>							
Anti-hipertensores		76	61,8	47	38,2	123	100,0
Anti-dislipidémicos		18	51,4	17	48,6	35	100,0
Anticoagulantes		91	59,9	61	40,1	152	100,0
Antiarrítmicos		17	56,7	13	43,3	30	100,0
IECAs		26	56,5	20	43,5	46	100,0
Diuréticos		55	64,0	31	36,0	86	100,0
Antidiabéticos		11	64,7	6	35,3	17	100,0
Quelantes de fósforo		64	57,1	48	42,9	112	100,0
Cálcio		74	57,8	54	42,2	128	100,0
Ferro		31	53,4	27	46,6	58	100,0
Outros		50	59,5	34	40,5	84	100,0
<b>Apresentação do medicamento</b>							
Comprimidos		131	60,1	87	39,9	218	100,0
Xarope		-	0,0	1	100,0	1	100,0
Cápsulas		18	62,1	11	37,9	29	100,0
Selos		11	57,9	8	42,1	19	100,0
<b>Deixou de Tomar Medicação por Falta de Dinheiro</b>							
Sim		24	18,2	12	13,6	36	16,4
Não		108	81,8	76	86,4	184	83,6
<b>Sentiu Efeito Indesejado com Medicação</b>							
Sim		35	26,5	33	37,5	68	30,9
Não		97	73,5	55	62,5	152	69,1
<b>Efeitos indesejados ocorridos</b>							
Palpitações		3	33,3	6	66,7	9	100,0
Fadiga		12	46,2	14	53,8	26	100,0
Náuseas		13	39,4	20	60,6	33	100,0
Cefaleias		7	53,8	6	46,2	13	100,0
Disfunção sexual		18	94,7	1	5,3	19	100,0
Outro		5	50,0	5	50,0	10	100,0

No que se refere ao número diário de comprimidos, o mínimo é 1 comprimido e o máximo é 22 comprimidos, tendo uma média diária de 8,94 comprimidos, com um desvio padrão de 4,073 (cf. quadro 12).

Quanto ao gasto mensal com medicação, verificamos que o mínimo é 0 e o máximo é 270€. Verificamos ainda que o gasto médio mensal é de 45,92€, com um desvio padrão de 36,904.

**Quadro 12 - Medicação**

	N	Min.	Max.	M	DP	SK/EP	K/EP
<b>Número Diário de Comprimidos</b>	220	1	22	8,94	4,07	3,57	0,45
<b>Gasto Mensal com Medicação</b>	220	0	270	45,92	36,90	12,59	22,98

**Síntese:**

Verificamos que os anti-hipertensores, os anticoagulantes, os quelantes de fósforo e o cálcio, sob a apresentação de comprimidos, são os medicamentos mais utilizados.

Observou-se que 16,4% da amostra já deixou de tomar a medicação por falta de dinheiro para a adquirir.

Relativamente aos efeitos indesejados com a medicação, verificou-se que 30,9% já os sentiram, sendo que a fadiga, as palpitações e as náuseas foram mais sentidas pelo sexo feminino, enquanto as cefaleias e a disfunção sexual foram mais sentidas pelo sexo masculino.

A média diária de comprimidos é de 8,94 e o gasto médio mensal com medicação é de 45,92€.

**5.1.4 – Caracterização das Variáveis Comportamentais**

No que se refere ao esclarecimento de dúvidas por parte dos profissionais verificou-se que mais de metade da amostra considera que as suas dúvidas são esclarecidas (84,1%), sendo que destes 88,4% eram indivíduos do sexo feminino e 82,6% eram do sexo masculino. Seguidamente surgem os sujeitos que consideraram que as suas dúvidas apenas são esclarecidas às vezes com uma percentagem de 14,5%. De referir ainda que apenas 1,4% da amostra considerou que as suas dúvidas não são esclarecidas pelos profissionais de saúde (cf. quadro 13).

No que concerne à informação acerca das opções de tratamento verificou-se que a grande maioria foi informada (86,8%) e apenas 13,2% sentiu não estar devidamente informado. No que toca ao sexo a maior percentagem de indivíduos informados verificou-se no sexo masculino (89,4%), enquanto que nos indivíduos não informados a maior percentagem foi no sexo feminino (17,0%).

Quanto ao facto de a equipa de saúde ouvir ou não os problemas dos sujeitos da amostra, observou-se que a grande maioria considerou que sim com uma percentagem de 76,8%, sendo que 77,3% eram sujeitos do sexo masculino e 76,1% eram sujeitos do sexo feminino.

Alusivo à motivação incutida pelos profissionais de saúde, mais de metade da amostra manifestou ser motivado pelos profissionais (81,4%), sendo a maioria do sexo feminino com uma percentagem de 83,0%. Ainda numa percentagem de 15,0% surgem os indivíduos que consideraram ter sido motivados às vezes e com apenas 3,6% os indivíduos que nunca se sentiram motivados pelos profissionais de saúde.

**Quadro 13 – Variáveis comportamentais**

Variáveis comportamentais	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino (n=132)		(n=88)		(n=220)	
	n	%	N	%	N	%
<b>Os profissionais esclarecem as minhas dúvidas</b>						
Sim	109	82,6	76	88,4	185	84,1
Não	2	1,5	1	1,1	3	1,4
Às vezes	21	15,9	11	12,5	32	14,5
<b>Fui informado das opções de tratamento</b>						
Sim	118	89,4	73	83,0	191	86,8
Não	14	10,6	15	17,0	29	13,2
<b>A equipa de saúde ouve os meus problemas</b>						
Sim	102	77,3	67	76,1	169	76,8
Não	5	3,8	2	2,3	7	3,2
Às vezes	25	18,9	19	21,6	44	20,0
<b>Sinto-me motivado pelos profissionais</b>						
Sim	106	80,3	73	83,0	179	81,4
Não	5	3,8	3	3,4	8	3,6
Às vezes	21	15,9	12	13,6	33	15,0

**Síntese:**

- A maioria da amostra (84,1%) considerou que as suas dúvidas eram esclarecidas pelos profissionais.
- A grande maioria (86,8%) considera que foi informada acerca das opções de tratamento.
- No que refere ao fato de a equipe de saúde ouvir os problemas, 76,8% dos sujeitos consideraram que sim.
- Em relação à motivação a grande maioria da amostra sentia-se motivada pelos profissionais (81,4%).

**5.1.5 – Caracterização das Escalas**

Para avaliar as crenças dos inquiridos acerca dos medicamentos utilizámos a “**Escala de Crenças acerca dos Medicamentos**”, desenvolvida por Pereira e Silva (1999).

A necessidade da medicação prescrita, apresentou um valor mínimo de 10 e máximo de 25, ao qual corresponde uma média de 21,07 e um desvio padrão de 11,91. Neste caso o valor de C.V. demonstra uma dispersão fraca. Para a crença acerca do perigo de dependência observou-se um valor mínimo de 5 e um valor máximo de 25 o que corresponde a uma média de 14,23 e um desvio padrão de 3,82. Aqui o valor de C.V. demonstra uma dispersão moderada (cf. quadro 14).

Relativamente à necessidade da medicação prescrita, o valor de simetria (Skewness/error = -3,88) indica uma distribuição assimétrica negativa e o valor Kurtosis/error= 3,12 indica uma curva leptocúrtica.

Relativo à crença no perigo de dependência o valor de simetria (Skewness/error = 1,02) indica uma distribuição simétrica e o valor Kurtosis/error= 0,64 indica uma curva mesocúrtica.

**Quadro 14 – Estatística relativa às Crenças acerca dos Medicamentos**

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
<b>Necessidade de Medicação</b>	10,00	25,00	21,07	2,93	11,91	-3,88	3,12
<b>Perigo de Dependência</b>	5,00	25,00	14,23	3,82	26,84	1,02	0,64
<b>Crenças Global</b>	20,00	50,00	35,30	4,96	14,05	1,16	1,50

Tendo por objetivo identificar a funcionalidade familiar utilizámos a “**Escala de Apgar Familiar**”, versão portuguesa de Azeredo e Matos (1989).

O valor mínimo da Funcionalidade Familiar foi de 0 e o máximo de 10, o que corresponde a uma média de 5,88 com um desvio padrão de 1,97. O C.V. indica uma dispersão elevada (CV=33,50%). Os valores de simetria (Skewness/error = 0,32) indicam uma distribuição simétrica e uma curva leptocútica (Kurtosis/error= 5,63) (cf. quadro 15).

**Quadro 15 - Estatística relativa à Funcionalidade Familiar**

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
<b>Funcionalidade Familiar</b>	0,00	10,00	5,88	1,97	33,50	0,32	5,63

Referente à Funcionalidade Familiar pode-se observar que a maioria dos sujeitos da amostra possuía uma Família Moderadamente Funcional (70,0%), 25,9% possuía uma Família Altamente Funcional e apenas 4,1% possuía uma Família de Disfunção Acentuada. No que toca ao género verificou-se que a maioria dos sujeitos do sexo masculino e concomitantemente com os sujeitos do sexo feminino, possuíam uma Família Moderadamente Funcional, com as respectivas percentagens de 72,7% e 65,9% (cf. quadro 16).

**Quadro 16 – Classificação da Funcionalidade Familiar**

	Masculino (n=132)		Feminino (n=88)		Total (n=220)	
	N	%	N	%	N	%
<b>APGAR Familiar</b>						
<b>Família de Disfunção Acentuada</b>	6	4,5	3	3,4	9	4,1
<b>Família Moderadamente Funcional</b>	96	72,7	58	65,9	154	70,0
<b>Família Altamente Funcional</b>	30	22,7	27	30,7	57	25,9

### Síntese:

- A escala do APGAR Familiar apresentou uma média de 5,88.
- No que se refere à Funcionalidade Familiar, 70,0% da amostra apresentou uma Família Moderadamente Funcional.

Pretendendo estudar a funcionalidade do apoio social utilizámos a “**Escala de Apoio Social**”, desenvolvida por Ana Paula Matos e Andreia Ferreira (1999), avaliando a disponibilidade de três fatores: apoio emocional, apoio instrumental e apoio informativo.

O apoio informativo apresentou um valor mínimo de 9 e um máximo de 30, sendo que a este corresponde uma média de 21,28 e um desvio padrão de 4,77. Para o apoio emocional o valor mínimo foi de 8 e o máximo de 25, tendo este obtido uma média de 19,41 e um desvio padrão de 3,73. O apoio instrumental apresentou um valor mínimo de 5 e um máximo de 25, com uma média correspondente de 20,56 e um desvio padrão de 4. Analisando os valores do C.V. pode-se concluir que em todas as situações existe uma dispersão moderada (cf. quadro 17).

No que toca ao apoio informativo o valor de simetria (Skewness/error = -0,45) indica uma distribuição simétrica e o valor de Kurtosis/error= -1,33 indica uma curva platicúrtica.

Referente ao apoio emocional o valor de simetria (Skewness/error = -4,18) indica uma distribuição assimétrica negativa e o valor de Kurtosis/error=-0,55 indica uma curva platicúrtica.

Relativo ao apoio instrumental o valor de simetria (Skewness/error = -6,46) indica uma distribuição simétrica e o valor de Kurtosis/error= 1,88 indica uma curva mesocúrtica.

**Quadro 17 – Estatística relativa ao Apoio Social**

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
<b>Apoio Informativo</b>	9,00	30,00	21,28	4,77	22,42	-0,45	-1,33
<b>Apoio Emocional</b>	8,00	25,00	19,41	3,73	19,22	-4,18	0,55
<b>Apoio Instrumental</b>	5,00	25,00	20,56	4,00	19,46	-6,46	1,88
<b>Apoio Global</b>	29,00	80,00	61,25	10,20	16,65	-3,57	0,35

#### Síntese:

- Referente à escala de Apoio Social, verificaram-se as seguintes médias: 21,28 para o Apoio Informativo, 19,41 para o Apoio Emocional, 20,56 para o Apoio Instrumental e por fim, 61,25 para o Apoio Global.

Para obter o nível de adesão à terapêutica utilizámos a “Escala de Medida de Adesão ao Tratamento”, construída por Delgado e Lima (2001).

O valor mínimo da Medida de Adesão Terapêutica (MAT) foi de 3,57 enquanto o seu máximo foi de 6, correspondendo estes a uma média de 5,52 e um desvio padrão de 0,45. O valor de C.V. (8,15%) indica-nos que existe uma dispersão fraca. O valor de simetria (Skewness/error=-7,97) indica uma distribuição assimétrica negativa e o valor Kurtosis/error=6,87 uma curva leptocúrtica (cf. quadro 18).

**Quadro 18 - Estatística relativa à Adesão Terapêutica**

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
<i>MAT</i>	3,57	6,00	5,52	0,45	8,15	-7,97	6,87

*Nível de Adesão*

Alusivo à Medida de Adesão Terapêutica verificou-se em 47,3% da amostra uma boa adesão terapêutica, 40,9% dos sujeitos mostraram uma baixa adesão e 11,8% demonstraram uma adesão razoável. No que se refere ao sexo observou-se que metade dos sujeitos do sexo masculino mostram uma boa adesão (50,0%); obtivemos igualdade (43,2%) na percentagem dos indivíduos do sexo feminino que apresentaram uma adesão terapêutica baixa e uma boa adesão (cf. quadro 19).

**Quadro 19 - Estatística relativa ao Nível de Adesão**

	Masculino (n=132)		Feminino (n=88)		Total (n=220)	
	N	%	N	%	N	%
<b>MAT</b>						
<b>Baixa Adesão</b>	52	39,4	38	43,2	90	40,9
<b>Razoável Adesão</b>	14	10,6	12	13,6	26	11,8
<b>Boa Adesão</b>	66	50,0	38	43,2	104	47,3

**Síntese:**

- No que concerne a escala de crenças a necessidade de medicação apresentou uma média de 21,07, o perigo de dependência uma média de 14,23 e por fim a crença global com uma média de 35,30.
- A escala medida de adesão terapêutica apresentou uma média de 5,52.
- Quanto ao nível de adesão a maior percentagem da amostra apresentou uma boa adesão numa percentagem de 47,3%.

**5.2 - ANÁLISE INFERENCIAL**

Depois de efetuada a análise descritiva, o procedimento estatístico seguinte é a análise inferencial dos dados obtidos, com vista à verificação das hipóteses formuladas, através da associação de algumas das variáveis independentes em estudo e a variável dependente. Para analisar essa associação, foram efetuados testes t-Student, teste de U de Mann-Whitney, teste Kruskal-Wallis, regressão múltipla e coeficiente de correlação de Pearson.



Foram aplicados os testes de normalidade Kolmogorov-Smirnov e optou-se por utilizar testes paramétricos para as variáveis que respeitam a normalidade e testes não paramétricos quando esta condição não se verifica.

**H<sub>1</sub> - Existe relação significativa entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, residência, co-habitação, habilitações literárias, situação laboral, rendimento mensal líquido) e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;**

**H<sub>1.1</sub> – Existe relação significativa entre o sexo e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;**

Com o intuito de se compreender a relação entre o sexo e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizou-se o t-Teste (cf. quadro 20). No cruzamento entre o sexo e a adesão terapêutica, observou-se que o sexo masculino possui médias mais elevadas na adesão terapêutica. Porém, não existem diferenças estatisticamente significativas, pelo que se rejeita a hipótese enunciada.

**Quadro 20 - t-Teste: o Sexo e a Adesão Terapêutica**

	Sexo	Masculino (n=132)		Feminino (n=88)		Levene's Test	t	p
		Média	DP	Média	DP			
Adesão terapêutica		5,54	0,41	5,49	4,91	0,512	0,739	0,461

**H<sub>1.2</sub> – Existe relação significativa entre o estado civil e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;**

Para se compreender a relação entre o estado civil e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. Através dos resultados obtidos pode ser referido que as maiores médias pertencem aos sujeitos da amostra que se encontram viúvos. No entanto, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, o estado civil não interfere com a Adesão Terapêutica Medicamentosa, levando à rejeição da hipótese formulada (cf. quadro 21).

**Quadro 21 - Teste Kruskal-Wallis entre o estado civil e a Adesão Terapêutica**

Estado Civil	Solteiro (n=16)	Casado e União de Facto (n= 150)	Divorciado (n= 15)	Viúvo (n=39)	kw	p
	M	M	M	M		
Adesão terapêutica	99,28	109,25	110,90	119,74	1,402	0,705

**H<sub>1.3</sub>** – Existe relação significativa entre a residência e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

Referente à influência da residência na Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Pode-se referir que as maiores médias se verificaram nos sujeitos que residiam em meio rural. Constatou-se, no entanto, que não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, rejeita-se a hipótese formulada (cf. quadro 22).

**Quadro 22 - Teste U de Mann-Whitney entre a Residência e a Adesão Terapêutica**

Residência	Meio Rural (n=159)	Meio Urbano (n=61)	u	p
	M	M		
Adesão terapêutica	111,91	106,82	4625,00	0,592

**H<sub>1.4</sub>** – Existe relação significativa entre as habilitações literárias e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

De forma a compreender a relação entre as habilitações literárias e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. Verificamos que as maiores médias pertenceram aos sujeitos da amostra que possuíam o Ensino Secundário. Observando os resultados obtidos atestou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, as habilitações literárias não interferem na Adesão Terapêutica Medicamentosa, logo rejeita-se a hipótese formulada (cf. quadro 23).

**Quadro 23 - Teste Kruskal-Wallis entre as Habilitações Literárias e a Adesão Terapêutica**

Habilitações Literárias	Não sabe ler/escrever (n=41)	Ensino primário (n=120)	Ensino Básico (n=30)	Ensino Secundário (n=19)	Ensino Superior (n=10)	kw	p
	M	M	M	M	M		
Adesão terapêutica	115,35	110,44	95,75	119,55	118,40	2,430	0,205

**H<sub>1.5</sub>** – Existe relação significativa entre a situação laboral e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

De forma a saber qual a influência entre a situação laboral e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Verificou-se que a maior média pertencia aos indivíduos em situação laboral não ativa, verificando-se também não existirem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, rejeita-se a hipótese formulada (cf. quadro 24).

**Quadro 24 - Teste U de Mann-Whitney entre a Situação Laboral e a Adesão Terapêutica**

Situação Laboral	Ativo (n=10)	Não Ativo (n=210)	u	p
	M	M		
Adesão terapêutica	72,25	112,32	667,500	0,050

**H<sub>1.6</sub>** – Existe relação significativa entre a remuneração mensal e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

De forma a compreender a influência entre a remuneração mensal e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. A referir que as maiores médias pertencem aos sujeitos da amostra que apresentam uma remuneração mensal entre 971€ e 1455€. Os resultados obtidos mostram-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, a remuneração mensal não interfere com a Adesão Terapêutica Medicamentosa, levando à rejeição da hipótese formulada (cf. quadro 25).

**Quadro 25 - Teste Kruskal-Wallis entre Remuneração Mensal e a Adesão Terapêutica**

Remuneração Mensal	Inferior a 485€ (n=147)	Entre 486€ e 970€ (n=47)	Entre 971€ e 1455€ (n=15)	Superior a 1456€ (n=11)	kw	p
	M	M	M	M		
Adesão terapêutica	110,24	102,30	132,10	119,59	2,783	0,426

**H<sub>2</sub> – Existe relação significativa entre as variáveis relativas ao regime nutricional (cumprimento das recomendações nutricionais e ganho de peso interdialítico) e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;**

**H<sub>2.1</sub> – Existe relação significativa entre o cumprimento das recomendações nutricionais e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;**

Com o intuito de entender a influência entre o cumprimento das recomendações de dieta e hidratação e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. (cf. quadro 26).

Através dos resultados obtidos constatou-se que a maior média pertenceu aos sujeitos da amostra que cumprem as recomendações de dieta e hidratação, sendo que as diferenças são estatisticamente altamente significativas, ou seja, o cumprimento das recomendações de dieta e hidratação interfere com a Adesão Terapêutica Medicamentosa, aceitando-se a hipótese formulada.

**Quadro 26 - Teste Kruskal-Wallis entre o Cumprimento das Recomendações Nutricionais e a Adesão Terapêutica**

Cumprimento das recomendações Nutricionais	Sim (n=116)	Não (n=10)	Às vezes (n=94)	Kw	P
	M	M	M		
Adesão terapêutica	125,51	67,60	96,54	15,792	0,000*

\* p < 0.001

**H<sub>2,2</sub>** – Existe relação significativa entre o ganho de peso interdialítico e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

De maneira a compreender a relação entre a média de ganho de peso interdialítico e a Adesão Terapêutica Medicamentosa utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. Pode ser referido que a maior média pertenceu aos sujeitos da amostra que apresentaram uma média de ganho de peso interdialítico entre 1Kg e 2Kg. Observando os resultados obtidos atestou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, a média de ganho de peso interdialítico não interfere na Adesão Terapêutica Medicamentosa, logo rejeita-se a hipótese formulada (cf. quadro 27).

**Quadro 27 - Teste Kruskal-Wallis entre Média de Ganho de Peso Interdialítico e a Adesão Terapêutica**

Média de GPI	<1Kg (n=8)	1Kg – 2Kg (n=53)	2Kg - 3Kg (n=105)	3Kg – 4Kg (n=45)	>4Kg (n=9)	kw	p
	M	M	M	M	M		
Adesão terapêutica	100,25	120,31	105,71	116,47	96,54	3,660	0,454

**H<sub>3</sub>** – Existe relação significativa entre as variáveis referentes à terapêutica medicamentosa (medicação efetuada no domicílio, apresentação do medicamento, número diário de comprimidos, gasto mensal com medicação, efeitos indesejados da medicação) e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

**H<sub>3,1</sub>** – Existe relação significativa entre a posse de dinheiro necessário para adquirir o medicamento e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

Referente à influência da posse de dinheiro necessário para adquirir o medicamento e a Adesão Terapêutica Medicamentosa utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Constatou-se que a maior média se situa nos sujeitos que não deixaram de tomar a medicação por falta de dinheiro. Pode-se ainda referir que existem diferenças estatisticamente bastante significativas, ou seja, aceita-se a hipótese formulada (cf. quadro 28).

**Quadro 28 - Teste U de Mann-Whitney entre Interregno da Medicação por Falta de Dinheiro e a Adesão Terapêutica**

Interregno da medicação por falta de dinheiro	Sim (n=38)	Não (n=184)	u	p
	M	M		
Adesão terapêutica	80,67	116,34	2238,000	0,002

\*  $p < 0.01$

**H<sub>3,2</sub>** – Existe relação significativa entre o aparecimento de efeitos indesejados com a medicação e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

Com o intuito de perceber qual a influência entre o fato de os sujeitos terem sentido efeitos indesejados com a medicação e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Podemos observar que a maior média pertence aos indivíduos que não sentiram qualquer tipo de efeito indesejado com a toma da medicação. Verificou-se ainda que existem diferenças estatisticamente bastante significativas entre o fato de os sujeitos terem sentido efeitos indesejados com a medicação e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, ou seja, aceita-se a hipótese formulada (cf. quadro 29).

**Quadro 29 - Teste U de Mann-Whitney entre os Efeitos Indesejados e a Adesão Terapêutica**

Efeitos Indesejados	Sim (n=68)	Não (n=152)	u	P
	M	M		
Adesão terapêutica	89,05	120,10	3709,000	0,001

\*  $p < 0.01$

**H<sub>4</sub>** – Existe relação significativa entre as variáveis comportamentais (interação doente/profissional de saúde) e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

**H<sub>4,1</sub>** – Existe relação significativa entre o esclarecimento de dúvidas prestado pelo profissional de saúde e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

De forma a perceber a influência de os profissionais esclarecerem as dúvidas dos indivíduos e a Adesão Terapêutica Medicamentosa utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. Os resultados obtidos mostram-nos que as maiores médias pertencem aos sujeitos da amostra que consideram que os profissionais esclareceram as suas dúvidas. No entanto, pode ser referido que não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, o fato de os profissionais esclarecerem ou não as dúvidas dos indivíduos não interfere com a Adesão Terapêutica Medicamentosa, levando à rejeição da hipótese formulada (cf. quadro 30).

**Quadro 30 - Teste Kruskal-Wallis entre Esclarecimento de Dúvidas pelos Profissionais de Saúde e a Adesão Terapêutica**

Os profissionais esclarecem as minhas dúvidas	Sim (n=185)	Não (n=3)	Às vezes (n=32)	kw	P
	M	M	M		
Adesão terapêutica	113,04	64,17	100,14	2,781	0,249

**H<sub>4.2</sub>** – Existe relação significativa entre a informação acerca das opções de tratamento prestada pelo profissional de saúde e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

No que concerne à influência da informação dada acerca das opções de tratamento na Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Pode referir-se que a maior média se verificou nos sujeitos que consideraram não terem sido informados acerca das opções de tratamento Constatou-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, rejeita-se a hipótese formulada (cf. quadro 31).

**Quadro 31 - Teste U de Mann-Whitney entre Informação acerca das Opções de Tratamento e a Adesão Terapêutica**

Fui informado das opções de tratamento	Sim (n=191)	Não (n=29)	u	P
	M	M		
Adesão terapêutica	109,62	116,33	2600,500	0,593

**H<sub>4.3</sub>** – Existe relação significativa entre a disponibilidade da equipa de saúde para ouvir os problemas e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

A fim de compreender a relação entre a disponibilidade da equipa de saúde para ouvir os problemas dos sujeitos da amostra e a Adesão Terapêutica Medicamentosa utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. A referir que a maior média pertenceu aos sujeitos da amostra que consideraram que a equipa de saúde não ouvia os seus problemas. Observando os resultados obtidos atestou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, o fato de a equipa de saúde ouvir ou não os problemas dos sujeitos não interfere na Adesão Terapêutica, logo rejeita-se a hipótese formulada (cf. quadro 32).

**Quadro 32 - Teste Kruskal-Wallis entre Equipa de Saúde que ouve os problemas e a Adesão Terapêutica**

A equipa de saúde ouve os meus problemas	Sim (n=169)	Não (n=7)	Às vezes (n=44)	Kw	p
	M	M	M		
Adesão terapêutica	112,86	116,29	100,50	1,401	0,496

**H<sub>4.4</sub>** – Existe relação significativa entre a motivação transmitida pelo profissional de saúde e a adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico;

Para se entender a influência entre a motivação transmitida pelos profissionais e a Adesão Terapêutica Medicamentosa utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. Através dos resultados obtidos, verificamos que as maiores médias pertencem aos sujeitos da amostra que não se sentem motivados pelos profissionais. No entanto, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, o a motivação prestada pelos profissionais não interfere com a Adesão Terapêutica, levando à rejeição da hipótese formulada (cf. quadro 33).

**Quadro 33 - Teste Kruskal-Wallis entre motivação incutida pelos profissionais e a Adesão Terapêutica**

Sinto-me motivado pelos profissionais	Sim (n=179)	Não (n=8)	Às vezes (n=33)	Kw	p
	M	M	M		
Adesão terapêutica	109,25	157,19	105,94	4,622	0,099



**H<sub>5</sub> - Existe relação significativa entre a idade, o tempo de permanência em hemodiálise, o número diário de comprimidos, o gasto mensal com medicação, as crenças acerca dos medicamentos, a funcionalidade familiar, o apoio social percebido e o nível de adesão terapêutica medicamentosa dos doentes em tratamento hemodialítico.**

Tendo o intuito de identificar se a adesão terapêutica é influenciada pelos fatores mencionados, efetuámos análises de regressões múltiplas para testar o valor preditivo das variáveis independentes em relação à variável dependente e todas as suas dimensões, obtendo assim um modelo preditivo da Adesão Terapêutica Medicamentosa em função das variáveis independentes: idade, tempo de permanência em hemodiálise, número diário de comprimidos, gasto mensal com medicação, crenças acerca dos medicamentos, funcionalidade familiar e apoio social percebido. O método de estimação utilizado foi o *stepwise* (passo a passo).

Este método possibilita identificar as variáveis que apresentam relações mais fortes com a variável dependente e por isso são melhores candidatas ao modelo definitivo. Permite a remoção de uma variável cuja importância no modelo é reduzida pela adição de novas variáveis, sendo particularmente apropriado quando existem correlações significativas entre as variáveis independentes (MAROCO, 2011).

Numa primeira fase analisaram-se as correlações existentes entre as variáveis independentes e a variável dependente e verificou-se a existência de correlações positivas e negativas (cf. quadro 34).

Constatámos que a variável crenças global ( $r=-0,225$ ), está negativamente correlacionada com a Adesão Terapêutica Medicamentosa, de forma altamente significativa. A variável crença no perigo de dependência ( $r=-0,181$ ), está negativamente correlacionada de forma bastante significativa. Verificámos ainda que as variáveis número diário de comprimidos ( $r=-0,145$ ) e crença na necessidade de medicação ( $r=-0,145$ ) também estão negativamente correlacionados (coeficiente de correlação de Pearson) com a Adesão Terapêutica Medicamentosa de forma significativa. Relativamente às variáveis tempo em hemodiálise ( $r=-0,007$ ), gasto mensal com medicação ( $r=-0,071$ ) e funcionalidade familiar ( $r=-0,091$ ), estão correlacionadas de forma negativa com a Adesão Terapêutica Medicamentosa mas esta relação não é significativa ( $p>0,05$ ). Todas as associações são de magnitude linear muito baixa, com exceção da Crença Global que possui uma associação de magnitude linear baixa. Em suma, quanto maior a crença global, a crença no perigo de dependência, a crença na necessidade de medicação e o número diário de comprimidos, menor é a Adesão Terapêutica Medicamentosa.

Verificaram-se correlações positivas, bastante significativas, relativamente às variáveis apoio informativo ( $r=0,190$ ) e apoio social global ( $r=0,190$ ) e a variável dependente Adesão Terapêutica Medicamentosa. Também o apoio emocional ( $r=0,137$ ) e o apoio instrumental ( $r=0,130$ ) se correlacionam de forma positiva com a variável dependente, mas de forma significativa. Verificamos ainda uma correlação positiva, não significativa, entre a idade ( $r=0,067$ ) e a Adesão Terapêutica Medicamentosa. Todas as associações são de magnitude linear muito baixa. Sintetizando, quando aumenta o apoio informativo, o apoio emocional, o apoio instrumental e o apoio social global, ou seja, quando aumenta o apoio social, aumenta a Adesão Terapêutica Medicamentosa.

**Quadro 34 - Correlação de *Pearson* entre a Adesão Terapêutica e as variáveis independentes**

Variáveis	r	P
Idade	0,067	0,161
Tempo em hemodiálise	-0,007	0,459
Número diário de comprimidos	-0,145	0,016*
Gasto mensal com medicação	-0,071	0,147
Funcionalidade familiar	-0,091	0,089
Apoio informativo	0,190	0,002**
Apoio emocional	0,137	0,021*
Apoio instrumental	0,130	0,027*
Apoio Social Global	0,190	0,002**
Necessidade de Medicação	-0,145	0,016*
Perigo de dependência	-0,181	0,004**
Crenças Global	-0,225	0,000***

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

\*\*\*  $p < 0,001$

A regressão linear múltipla permitiu identificar um modelo de predição (cf. quadro 35). Verificamos que a primeira variável a entrar no modelo de regressão é a Crença Global por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ( $r=-0,225$ ), estabelecendo uma associação baixa e explicando por si só 22,5% da MAT, com um erro padrão de 0,446.

No segundo modelo de regressão entra o Apoio Informativo para se juntar à Crença Global. Note-se que as duas variáveis juntas passam a explicar 41,5%, tendo o desvio padrão diminuído para 0,377.

O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à aceitação da hipótese formulada. Deste modo, deduz-se que quanto maior é a Crença Global menor é a Adesão Terapêutica, quanto maior o Apoio Informativo maior é a Adesão Terapêutica.

Em suma, a Crença Global e o Apoio Informativo surgem como preditores válidos da variável dependente, sendo que quanto menor a Crença Global e quanto maior o Apoio Informativo, maior a Adesão Terapêutica Medicamentosa (cf. figura 2).

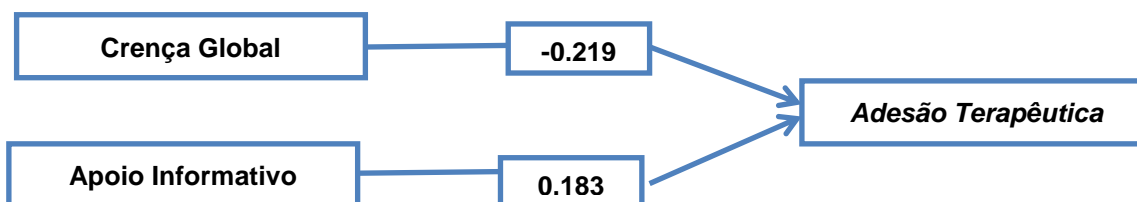
O modelo final ajustado para a Adesão Terapêutica Medicamentosa é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{MAT} = 5,853 + (-0,219) \text{ Crença Global} + 0,183 \text{ Apoio Informativo}$$

**Quadro 35 - Regressão múltipla entre a Adesão Terapêutica e as variáveis independentes**

Variável dependente: MAT					
R=0,290					
R <sup>2</sup> =0,084					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,076					
Erro padrão de estimativa=0,429					
Incremento de R <sup>2</sup> =0,084					
F=9,953					
P=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta		Coeficiente Padronizado	T	P
Constante	5,853				
Crença Global	-0,020		-0,219	-3,374	0,001
Apoio Informativo	0,017		0,183	2,815	0,005
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	3,667	2	1,833	9,953	0,000
Residual	39,973	217	0,184		
Total	43,640	219			

**Figura 2 – Síntese das relações entre a MAT e as variáveis independentes**





## 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados obtidos confirmam aquilo que empiricamente se conhecia, decorrente da experiência profissional e do ensino clínico que decorreu na Unidade de Nefrologia e Diálise. Referente ao nível de adesão ao tratamento medicamentoso, verificou-se que uma parte significativa da amostra, 47,3% dos inquiridos, demonstraram um bom nível de adesão terapêutica. No entanto, 40,9% dos sujeitos mostraram um baixo nível de adesão e 11,8% demonstraram um nível de adesão razoável. Recorrendo à análise dos fatores que poderão influenciar a adesão, encontramos algumas respostas para este fato, sendo o mesmo corroborado por diversos autores que a seguir mencionamos.

Os doentes IRC em hemodiálise compreendem maioritariamente uma população envelhecida, atendendo a que os dados encontrados demonstraram que a idade mínima é 20 anos e a máxima 96 anos, o que corresponde a uma média de idades de 66,60, com um desvio padrão de 14,66. Sendo 60% dos participantes do sexo masculino e 40% do sexo feminino, a média de idade dos homens é de 65,46, com desvio padrão de 15,14 e a média de idade das mulheres é de 68,32, com um desvio padrão de 14,66.

Quanto à idade, se a não adesão é sempre um problema recorrente em qualquer grupo etário, alguns autores referem que, com o avançar dos anos, ela tende a agudizar-se, avolumando-se também globalmente devido ao envelhecimento da população, como demonstram os resultados do presente estudo. Gordon (2007), cit. por Simão (2009), defende que as limitações físicas e sensoriais que afetam os idosos, a consequente dificuldade na manipulação das embalagens e na leitura de algumas instruções, são também fatores relacionados com a não adesão.

De acordo com os dados recolhidos pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2010), iniciaram tratamento por diálise ou transplante renal cerca de 2 510 doentes (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante), dos quais 61,4% tinha mais de 65 anos. Em relação à hemodiálise, 10 140 doentes encontravam-se a realizar este tratamento em 2010, dos quais 58,7% são homens e 41,3% são mulheres. De acordo com a mesma fonte, atualmente, a idade média de doentes em hemodiálise é de 66 anos. Estes dados são corroborados pelos encontrados neste estudo.

Constatou-se também que a maioria dos indivíduos é casada ou encontra-se em união de facto (68,2%). No que concerne à residência 72,3% dos sujeitos reside em meio rural.

Verificou-se que 37,3% dos participantes vive numa família restrita, estando-lhe muito próximos os que vivem apenas com o companheiro (34,1%). No que se refere às habilitações literárias, a maioria dos sujeitos da amostra possui o ensino primário (54,5%). Foi bastante significativo o valor percentual registado em relação à situação laboral, ou seja, 95,5% dos participantes são não ativos. Verificou-se também que a maioria dos sujeitos (66,8%) tem um rendimento inferior a 485€, ou seja, um rendimento inferior ao ordenado mínimo nacional.

Estes dados estão em consonância com os encontrados por Arenas et al. (2009) e por Anes e Ferreira (2009), tendo em conta que a sua amostra era constituída na maioria por doentes casados/união de facto, com um baixo nível de escolaridade, com rendimentos mensais também baixos, residentes quase todos no meio rural. Os nossos resultados corroboram uma vez mais os apurados por estes autores, segundo os quais os doentes inquiridos viviam com a família restrita e tinham apoio familiar, que se assume como um suporte social imprescindível, tendo-se em conta as implicações desta doença no quotidiano dos doentes IRC em hemodiálise.

No que se refere aos resultados da análise inferencial, constatou-se que no cruzamento entre o sexo, o estado civil e a residência com a adesão terapêutica não existem diferenças estatisticamente significativas, rejeitando-se as hipóteses formuladas. Porém, pode ser referido que o sexo masculino e os participantes viúvos obtiveram médias mais elevadas na adesão terapêutica, bem como os participantes que residem no meio rural. Estes resultados corroboram os encontrados por Cabral (2010), segundo o qual, o sexo, o estado civil e a residência não são variáveis preditoras de adesão à terapêutica.

Quanto às habilitações literárias também não se registaram diferenças estatisticamente significativas, o que demonstra que esta variável não interfere na Adesão Terapêutica Medicamentosa, rejeitando-se a hipótese formulada. Contudo, as maiores médias pertenceram aos participantes que possuíam o Ensino Secundário. Apesar desta variável, no presente estudo, não ser preditora de falta de adesão terapêutica, poder-se-á dizer que maiores habilitações literárias (Ensino Secundário), facultarão a estes sujeitos da amostra uma maior capacidade para perceberem que a condição da sua doença é determinante para a adesão à terapêutica, comparativamente aos participantes com menos habilitações literárias (CABRAL, 2010).

Verificou-se também que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a situação laboral e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, rejeitando-se a hipótese formulada. Todavia, a maior média obtida foi a do grupo de participantes em situação laboral não ativa. Neste contexto e tal como foi referenciado na revisão da literatura, a não adesão à terapêutica

acarreta consequências negativas no evoluir da doença, ou seja, o aparecimento de um maior número de complicações incapacitantes e de maior gravidade, e o aumento dos gastos com a saúde, podendo condicionar a probabilidade de transplante e a necessidade de maior frequência e duração dos tratamentos de hemodiálise (MACHADO, M., 2009).

Quanto ao tempo de permanência em hemodiálise dos inquiridos, o mínimo encontrado foi de 0,25 anos e o máximo de 29,00 anos, o que corresponde a uma média de 4,89 com um desvio padrão de 4,68. O longo tempo de permanência em hemodiálise explica-se pelo facto de não existir cura para a IRCT, sendo o transplante a única alternativa terapêutica. Estes dados corroboram os encontrados em relação a esquemas terapêuticos prolongados e complexos que revelam que os níveis de adesão podem também ser alterados pela cronicidade e complexidade da doença, ausência de sintomas ou existência concomitante de várias patologias (DUNBAR-JACOB & MORTIMER-STEPHENS, 2001, cit. por CABRAL, 2010). Também Terra, et al (2010) defende que a duração prolongada da terapêutica contribui para um menor cumprimento do tratamento.

Verificou-se, através dos dados empíricos, que quase todos os participantes neste estudo consideraram que o tratamento da doença renal é para toda a vida (93,2%). Apurou-se igualmente que 96,4% dos participantes consideraram que o tratamento sem medicação não é possível.

Neste sentido, constatou-se que os anti-hipertensores, os anticoagulantes, os quelantes de fósforo e o cálcio, sob a apresentação de comprimidos, são os medicamentos mais utilizados pela grande maioria dos participantes neste estudo. Registou-se uma média diária de 8,94 comprimidos. Também se verificou, na análise inferencial, que quanto mais extensa a terapêutica medicamentosa dos inquiridos, expressa pelo número diário de comprimidos, menor a Adesão Terapêutica Medicamentosa, confirmado por Terra, et al (2010) quando diz que quanto mais complicada é a terapêutica prescrita, menor a probabilidade do doente aderir completamente.

Segundo este autor, a prescrição de múltiplos medicamentos, assim como muitas tomas diárias ou dosagens elevadas, pode igualmente contribuir para um menor cumprimento do tratamento. O tipo de medicamento, a forma e a via de administração, o desconforto que provoca (o tamanho do comprimido, o cheiro ou o sabor de um xarope) ou ainda as experiências negativas com esse medicamento ou similar, também interferem no nível de adesão.

Confirmou-se que as causas mais frequentes de IRC foram a doença renal poliquística, com uma percentagem de 24,1%, e a diabetes *mellitus* com uma percentagem de 22,7%.

Verificou-se igualmente que a diabetes, a HTA e as doenças cardíacas, a anemia, a obesidade, os problemas ósseos e os problemas da paratiroide, foram as comorbilidades mais frequentes.

A este propósito refere-se as infeções recidivantes, as exacerbações de nefrites, a obstrução das vias urinárias e a destruição dos vasos sanguíneos secundária à diabetes *mellitus* e à hipertensão arterial, são co-factores da formação de cicatrizes no tecido renal, que desencadeiam a progressiva perda da funcionalidade dos rins. (RODRIGUES, I. [et al], 2011).

Outro resultado a que se chegou tem a ver com o facto de a maioria dos inquiridos nunca ter realizado transplante renal (84,1%). Estes resultados confirmam os encontrados por Machado, M. (2009), os quais demonstram que o universo das pessoas com IRC contempladas com transplante é em número manifestamente reduzido. Neste contexto, salienta-se que as TSFR surgem somente no último estágio da insuficiência renal, sendo este um recurso para substituir a função renal na sua vertente reguladora do meio interno, excretora e endocrinológica. As técnicas de substituição renal possíveis são a diálise e o transplante renal.

Observou-se ainda que 52,7% dos sujeitos da amostra cumpriam as recomendações do regime nutricional e que maioria não deixou de comer nenhum alimento (58,6%). Para 24,1% da amostra, o GPI médio varia entre 1Kg e 2Kg, para 47,7% situa-se entre 2Kg e 3Kg, para 20,5% é entre 3Kg e 4Kg. A este propósito menciona-se que o tratamento do IRC em hemodiálise assenta em três pilares fundamentais, a referir: tratamento dialítico, restrições hídricas/nutricionais e tratamento medicamentoso.

Objetivou-se também saber se havia influência do cumprimento das recomendações de dieta e hidratação e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, tendo-se concluído, através da análise inferencial, que existem diferenças estatisticamente altamente significativas ( $p=0,000$ ), ou seja, o cumprimento das recomendações de dieta e hidratação interfere com a Adesão Terapêutica Medicamentosa, levando à aceitação da hipótese formulada. Os valores médios mais significativos pertenceram aos sujeitos da amostra que cumprem as recomendações de dieta e de hidratação. Na doença crónica, a adesão terapêutica é um fenómeno que envolve diferentes vertentes, abarcando três domínios distintos já mencionados: adesão à dieta, adesão ao tratamento dialítico e adesão ao tratamento medicamentoso. O tratamento medicamentoso e dietético, complementar à hemodiálise, é realizado pelo doente IRCT ou pelo seu cuidador (MALDANER, 2008). Acrescenta-se, ainda, que os resultados obtidos relativamente à média de ganho de peso interdialítico, foi entre 1Kg a 2Kg, o que sugere que os doentes cumprem as recomendações nutricionais.



Assim, com base na observação do quotidiano destes doentes, pode dizer-se que a maioria consegue um equilíbrio hídrico e nutricional, sendo estes os que manifestam maior adesão à terapêutica medicamentosa, o que poderá ser justificado pelo facto de que são doentes que, após um período inicial de agudização dos sintomas, verificaram uma significativa melhoria clínica com alívio dos mesmos. Tendo a percepção de que a melhoria sintomática está relacionada com o cumprimento das indicações terapêuticas e nutricionais, esforçam-se pelo cumprimento das mesmas. Por outro lado, quando os doentes não cumprem as restrições nutricionais e hídricas, há um agravamento sintomático e a ocorrência de mal-estar durante o tratamento dialítico. Quando isto acontece, o doente tem mais dificuldade em aceitar a sua doença, conseqüentemente, fica mais renitente ao tratamento medicamentoso que deveria cumprir no domicílio.

Estes dados vão de encontro ao defendido por Monsivais e McNeill (2007, cit. por SIMÃO, 2009), de que a percepção da eficácia da medicação, a confiança das pessoas relativamente ao efeito de determinado medicamento contribuem para a Adesão à Terapêutica Medicamentosa.

Relativamente ao gasto mensal com medicamentos, verificou-se um gasto médio mensal de 45,92€. Os resultados obtidos, na análise inferencial, mostram que também não existem diferenças estatisticamente significativas no que se refere à remuneração mensal quando relacionada com a Adesão Terapêutica Medicamentosa, levando à rejeição da hipótese formulada. No entanto, observou-se que 16,4% da amostra, 36 inquiridos, já deixou de tomar a medicação por falta de dinheiro para a adquirir.

A existência de dificuldades financeiras é apontada por Soumerai (2006, cit. por SIMÃO, 2009), como um fator importante para a baixa adesão terapêutica, referindo que os idosos tendem a tomar menos medicação que a prescrita para reduzir custos. Refere ainda que a maioria das pessoas que restringem a sua medicação devido aos custos tende a ocultá-lo da equipe de saúde.

Segundo Machado, M. (2009), a pessoa com um baixo estatuto socioeconómico confronta-se com a problemática de optar por prioridades, que incluem os limitados recursos disponíveis para satisfazer as necessidades do seu núcleo familiar. Na atual conjuntura económica, o custo do medicamento pode condicionar a adesão terapêutica.

Os doentes com baixo estatuto socioeconómico confrontam-se com a problemática de optar por prioridades, que abarcam os limitados recursos disponíveis para satisfazer as necessidades do seu núcleo familiar. O custo do medicamento pode condicionar a adesão terapêutica (CARBRAL, 2010).

Como tal, pode dizer-se que os resultados do presente estudo corroboram o defendido pelos autores supracitados, uma vez que se verificou que as maiores médias de adesão pertencem aos sujeitos da amostra que apresentam uma remuneração mensal entre 971€ e 1455€, sendo estes o que mais condições económicas têm para adquirir os medicamentos, aumentando, deste modo, a adesão à terapêutica.

De acordo com a experiência profissional, num período economicamente conturbado, verifica-se que, por vezes, os utentes não têm condições monetárias para adquirir os medicamentos. Ainda que as instituições ponham ao seu dispor técnicos do serviço social, em muitos casos, trata-se de uma pobreza envergonhada e as pessoas tentam esconder as suas dificuldades. A maioria destes utentes usufruem de reformas ou pensões sociais baixas, alguns vivem situações familiares difíceis e, por vezes a aquisição de medicamentos é considerada secundária comparativamente com outras necessidades.

Como se pode ver, o nível de adesão à terapêutica depende de um conjunto de fatores que interagem entre si, modificando os comportamentos de adesão à terapêutica. Estes resultados são corroborados com os que se encontraram, na estatística inferencial, relativamente à influência da posse de dinheiro necessário para adquirir o medicamento e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, onde se registam diferenças estatisticamente bastante significativas ( $p=0,002$ ), resultando na aceitação da hipótese formulada. Pode referir-se, apesar disso, que a maior média se verificou nos sujeitos que não deixaram de tomar a medicação por falta de dinheiro.

Relativamente aos efeitos indesejados, verificou-se que 30,9% dos participantes já sentiram os mesmos com a medicação, sendo a fadiga, as palpitações e as náuseas mais sentidas pelo sexo feminino, enquanto as cefaleias e a disfunção sexual foram mais sentidas pelo sexo masculino. Verificou-se que também o aparecimento de efeitos secundários atribuídos à medicação condiciona a adesão terapêutica. Quando o utente atribui relação de causalidade entre um medicamento e um efeito indesejado, deixa de tomar esse medicamento; nem sempre relata esta decisão à equipa de saúde, temendo não ser compreendido e receando que lhe seja prescrito outro medicamento que lhe provoque os mesmos efeitos além de constituir um gasto acrescido. A referir que a disfunção sexual é uma realidade, mas que, por motivos culturais, tende a ser vivida em segredo, pelo que apenas uma pequena percentagem da amostra o refere.

Na análise inferencial, constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o facto de os sujeitos terem sentido efeitos indesejados com a medicação e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, aceitando-se a hipótese formulada. Verificou-se, ainda,

que o valor médio mais elevado pertence ao grupo de participantes que não sentiram qualquer tipo de efeito indesejado com a toma da medicação.

Os resultados negativos com as terapêuticas, o aparecimento de efeitos secundários e a ausência imediata de melhoria dos sintomas, podem levar o doente a suspender o tratamento (DUNBAR-JACOB & MORTIMER-STEPHENS, 2001, cit. por CABRAL, 2010). Também Gordon (2007, cit. por SIMÃO, 2009), defende que as preocupações relativas aos efeitos secundários diminuem a motivação de aderir ao tratamento.

Estes resultados corroboram os apurados num estudo sobre “Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crónicos submetidos à hemodiálise”, pois ficou provado que 16,66% dos doentes interromperam por conta própria o uso de fármacos, abonando sobretudo a presença de reações adversas (TERRA [et al], 2010). O mesmo estudo demonstrou que fatores como a quantidade de medicamentos, as reações adversas, a incompatibilidade entre os medicamentos, a dificuldade na compreensão das metas da terapia e da implicação do seu uso inadequado ajudam a dificultar a adesão ao tratamento medicamentoso de doentes renais crónicos submetidos à hemodiálise (TERRA [et al], 2010).

Outro resultado a que se chegou prende-se com o facto de mais de metade da amostra (84,1%) ter admitido que as suas dúvidas eram esclarecidas pelos profissionais. A grande maioria dos participantes (86,8%) concordou que foi informada acerca das opções de tratamento, bem como se obteve um valor percentual significativo no que respeita ao facto de a equipa de saúde ouvir os seus problemas (76,8%). Em relação à motivação, registou-se um valor expressivo para o grupo de participantes que referiu sentirem-se motivados pelos profissionais de saúde (81,4%).

Os resultados obtidos na estatística inferencial, mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o facto de os profissionais de saúde esclarecerem ou não as dúvidas aos participantes, ou seja, esta variável não interfere com a Adesão Terapêutica Medicamentosa, levando à rejeição da hipótese formulada. No entanto, as maiores médias pertencem aos sujeitos da amostra que consideram que os profissionais esclareceram as suas dúvidas.

No que concerne à influência da informação dada acerca das opções de tratamento na Adesão Terapêutica Medicamentosa, não interferiu o facto de a equipa de saúde ouvir ou não os problemas dos sujeitos e a falta de motivação por parte dos profissionais de saúde, rejeitando-se as hipóteses formuladas. Apurou-se também que as maiores médias obtidas foram a dos participantes que consideraram ter sido informados acerca das opções de

tratamento, dos que referiram que a equipa de saúde ouvia os seus problemas e os que afirmaram sentirem-se motivados pela equipa de saúde.

A cooperação do doente depende, muitas vezes, da sua avaliação acerca dos cuidados recebidos. Neste âmbito, algumas investigações, realizadas em Portugal, demonstram que, apesar de a satisfação poder abarcar diversas componentes dos cuidados, estas indicam que os doentes enfatizam a empatia e a comunicação na relação interpessoal, atribuindo-lhes mais valor do que às próprias perícias técnicas. Como tal, o tipo de comportamentos que os profissionais de saúde revelam pode influenciar os comportamentos de autocontrolo do doente, na medida em que se o doente não receber instruções específicas e não se sentir apoiado, o mesmo terá menor probabilidade de adesão à terapêutica (GORDON, 2007, cit. por SIMÃO, 2009).

A corroborar o exposto, MALDANER (2008) salienta que o profissional de saúde tem de ser colaborante, tendo como princípio orientador o foco da sua atenção na pessoa e não na doença, modificando a relação de cuidado, de modo a que o doente seja proativo e se sinta responsabilizado pelo seu tratamento.

Com base na realidade experiencial, considera-se que existe uma boa relação utente/profissional de saúde e que, na generalidade, os utentes se sentem encorajados e motivados pela equipa de saúde, bem como sentem abertura para a exposição de dúvidas e receios. No entanto, alguns doentes vivem ainda numa fase de negação e por vezes culpabilizam a equipa pelas alterações sofridas na sua auto-percepção e no seu quotidiano.

No que concerne às crenças acerca dos medicamentos, foram estudados dois fatores: a crença na necessidade da medicação prescrita e a crença no perigo de dependência da medicação, sendo que relativamente aos perigos se verifica uma relação inversa relativamente à Adesão Terapêutica Medicamentosa,

Esta afirmação advém do facto de se ter verificado, através da análise inferencial, que surgiram correlações negativas e significativas entre a Adesão Terapêutica Medicamentosa e os fatores da escala de crenças (crença na necessidade da medicação prescrita e crença no perigo de dependência dos medicamentos), ou seja, quanto maiores os fatores da escala de crenças menor é a Adesão Terapêutica e vice-versa. Da mesma forma, quanto maior for a crença global manifestada pelos participantes deste estudo menor é a Adesão Terapêutica Medicamentosa.

Contudo, o mesmo se verificou quanto à crença na necessidade da medicação prescrita, entrando em contradição, pois, de acordo com a revisão da literatura e com base na experiência profissional, quanto mais os doentes acreditam na necessidade de medicação,

maior deveria ser a sua adesão à mesma. Estes dados poderão ser explicados pela incorreta interpretação dos itens da escala, por parte dos sujeitos da amostra, o que, *a priori*, se constituiu como limitação ao presente estudo.

De acordo com Gordon (2007), cit. por Simão (2009), os doentes tomam decisões baseados nas suas crenças e experiências. Diz que os problemas relacionados com a adesão incluem as crenças e comportamentos dos sujeitos relativamente ao uso dos medicamentos. Segundo Wilson et. al. (2007, cit. por SIMÃO, 2009), “a literatura refere que algumas das preocupações mais comuns relacionam-se com o perigo de habituação e dependência, a percepção do risco que poderá ser a sua toma.”

Um outro resultado alcançado foi que quanto maior o Apoio Informativo percebido pelos participantes deste estudo maior é a Adesão Terapêutica. Ou seja, registaram-se valores estatisticamente bastante significativos, o que leva à aceitação da hipótese formulada.

Neste âmbito e em conformidade com o quadro teórico, refere-se que a adesão à terapêutica implica um papel ativo e colaborativo do doente no planeamento e na implementação do seu regime terapêutico (BRANNON & FEIST, 1997, cit. por CABRAL, 2010). Estes autores verificaram que os doentes que mais aderem aos regimes terapêuticos são aqueles que acreditam que têm responsabilidade na sua saúde, que a mudança de comportamentos lhes trás benefícios e que estão mais informados.

Também Maldaner (2008), considera que a existência de redes de apoio ajuda o indivíduo a enfrentar os sintomas da doença, a esclarecer dúvidas e receios, encorajando-o a seguir a terapia com confiança e esperança.

O mesmo autor, salienta que a existência da adesão ao tratamento medicamentoso da IRC auxilia grandemente o doente, inclusive, durante a sessão de hemodiálise que terá menor risco de intercorrências, resultando na manutenção e no aumento do seu bem-estar físico, social e psicológico.

## 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que se esteja perante o final deste trabalho, este assume-se, simultaneamente, como o início de novas dúvidas, indicações e abertura para novas pesquisas. Assim, passa-se a fazer o resumo sucinto do caminho percorrido.

Através do quadro conceptual, verificou-se que o plano terapêutico da pessoa com IRC, submetida à hemodiálise, caracteriza-se pela sua complexidade e pelas variadas vertentes. Além do tratamento dialítico, há que ter em conta o regime alimentar, o controlo da ingestão hídrica e o regime medicamentoso.

Verificou-se que, por norma, o IRCT cumpre o plano dialítico com a frequência e a duração prescritas. Contudo, apresenta dificuldades significativas em aderir às indicações terapêuticas, como sejam o controlo do ganho de peso intradialítico, as restrições hídricas e nutricionais, ou o cumprimento do tratamento medicamentoso controlador dos sintomas associados a co-morbilidades, como são exemplo a HTA e a diabetes.

Constatou-se igualmente que as expressões cumprimento (*compliance*) e adesão à terapêutica (*adherence*) têm sido utilizadas simultaneamente ao longo do tempo em inúmeros estudos realizados sobre o tema.

Vários estudos têm demonstrado que os doentes pretendem cada vez mais sentir-se incluídos no processo clínico, desejando obter mais informação e exigindo uma maior interação com os profissionais de saúde. Como tal, é necessária uma abordagem biopsicossocial que encare os doentes como parceiros ativos no percurso terapêutico. Assim, os comportamentos de não-adesão devem ser entendidos como respostas dos indivíduos à falta de coincidência entre as suas ideias e as dos profissionais de saúde relativamente aos seus problemas e/ou tratamentos (KLEIN & GONÇALVES, 2005).

A falta de adesão ocorre, portanto, quando o comportamento do doente não coincide com as recomendações do profissional de saúde, não se circunscrevendo a definição do conceito apenas a desvios na aplicação do regime terapêutico tal como foi prescrito, mas também ao facto de não seguir as indicações relativas a alterações nos hábitos de saúde e estilos de vida no sentido de adotar práticas saudáveis, bem como interromper a medicação prescrita.

Com base na parte empírica deste trabalho verificou-se que os doentes IRC em hemodiálise da amostra em estudo têm em média 66,60 anos de idade. Apurou-se que a

maioria dos participantes é do sexo masculino, casada ou em união de facto, bem como sobressaíram os doentes residentes em meio rural. Confirmou-se que houve uma prevalência de participantes a viver numa família restrita. A maioria dos sujeitos da amostra possui o ensino primário e são não ativos, com o predomínio daqueles que possuem um rendimento inferior a 485€. Quanto ao tempo de permanência em hemodiálise dos participantes, os dados demonstram uma média de 4,89 anos. Confirmou-se que as causas mais frequentes de IRC foram a doença renal poliquística e a diabetes *mellitus*, as quais se inserem nas comorbilidades mais frequentes, bem como as doenças cardíacas, a anemia, a obesidade, os problemas ósseos e os problemas da paratiroide.

Concluiu-se também que a maioria dos inquiridos não realizou transplante renal prévio. Quase todos os participantes consideraram que o tratamento da doença renal é para toda a vida e que o tratamento sem medicação não é possível. Mais de metade da amostra cumpria as recomendações do regime nutricional e não deixaram de comer nenhum alimento. Constatou-se que os anti-hipertensores, os anticoagulantes, os quelantes de fósforo e o cálcio, sob a apresentação de comprimidos, são os medicamentos mais utilizados pela grande maioria dos participantes neste estudo, havendo alguns que já deixaram de tomar a medicação por falta de dinheiro para a adquirir. Registou-se uma média diária de 8,94 comprimidos e um gasto médio mensal de 45,92€. Perante isto, consideramos que durante a relação terapêutica, o enfermeiro pode despistar situações de não adesão relacionadas com fatores económicos e deverá referenciar o utente junto do serviço social.

Os efeitos indesejados da medicação também forneceram dados importantes, pois verificou-se que alguns doentes já vivenciaram esta experiência, sendo a fadiga, as palpitações e as náuseas mais sentidas pelo sexo feminino, enquanto as cefaleias e a disfunção sexual foram mais sentidas pelo sexo masculino. Verificou-se que também o aparecimento de efeitos secundários atribuídos à medicação condiciona a adesão terapêutica. Constatou-se ainda existirem diferenças estatisticamente significativas entre o facto de os sujeitos terem sentido efeitos indesejados com a medicação e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, aceitando-se a hipótese formulada. A equipa de saúde deve estar atenta a esta problemática e encorajar os utentes a expressar a ocorrência de efeitos secundários de forma a poder atuar em conformidade.

Outro resultado a que se chegou, prende-se com o facto de mais de metade dos sujeitos da amostra confirmarem que as suas dúvidas eram esclarecidas pelos profissionais, tendo admitido serem informados acerca das opções de tratamento e que a equipa de saúde ouve os

seus problemas. Em relação à motivação, registou-se um valor significativo para o grupo de participantes que referiu sentirem-se motivados pelos profissionais de saúde.

É relevante salientar a confiança que o doente deve ter no tratamento em si, mas também na qualidade do vínculo que o doente estabelece com os profissionais de saúde e a confiança que nele deposita, bem como nos cuidados de saúde em geral. A qualidade desse vínculo assenta em grande medida nas competências de comunicação que a equipa de saúde coloca na relação com os doentes, de forma a conseguir transformar as informações transmitidas em conhecimentos claros e bem assimilados. A atitude e o comportamento dos profissionais de saúde em relação ao doente, além da transmissão de informação clara, utilizando uma linguagem apropriada ao nível educacional e à capacidade cognitiva de cada doente, envolvem o saber ouvir, entender e respeitar as expectativas e preocupações dos doentes, traduzindo-se num maior nível de adesão terapêutica.

Objetivou-se saber se havia influência do cumprimento das recomendações de dieta e hidratação e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, tendo-se concluído que existem diferenças estatisticamente altamente significativas, sugerindo que o cumprimento das recomendações de dieta e hidratação interfere com a Adesão Terapêutica Medicamentosa, levando à aceitação da hipótese formulada. Neste sentido sugere-se que no quotidiano dos centros de diálise, as recomendações nutricionais e de hidratação devem merecer especial atenção na relação terapêutica.

Quanto às crenças acerca dos medicamentos, registaram-se correlações negativas e significativas entre a Adesão Terapêutica Medicamentosa e o número diário de comprimidos, ou seja, quanto maior o número diário de comprimidos menor é a Adesão Terapêutica. Cabe à equipe de saúde perceber quando o doente está polimedicado, sendo por vezes possível o médico efetuar ajustes na prescrição e simplificar o regime terapêutico.

O mesmo se verificou relativamente aos fatores da escala de crenças, constatando-se que quanto maiores as crenças acerca dos medicamentos, menor é a Adesão Terapêutica Medicamentosa. Um outro resultado alcançado foi que quanto maior é o Apoio Informativo manifestado pelos participantes deste estudo maior é a Adesão Terapêutica. Ou seja, registaram-se valores estatisticamente significativos, o que leva à aceitação da hipótese formulada. Estes dados são concordantes entre si e alertam para a necessidade de desmistificar crenças relativas aos medicamentos, reforçando a informação transmitida aos utentes. Consideramos que o enfermeiro, sendo o profissional que está mais tempo junto do doente, pode desenvolver um papel fulcral nesta vertente informativa.



Em conformidade com os resultados apresentados, poder-se-á dizer que se alcançaram os objetivos delineados. No entanto, há a salientar que, ao longo do estudo, encontraram-se algumas limitações, como o facto de se ter optado por uma amostragem por conveniência. Refere-se, ainda, como fator limitante o recurso ao questionário autoaplicado, o que resultou, por parte de alguns participantes, na necessidade da presença da investigadora para esclarecimento de dúvidas. Havia também participantes com limitações na destreza manual, que necessitaram de apoio “físico” para o preenchimento dos mesmos. Uma outra limitação prende-se com a utilização de quatro escalas, algumas com itens complexos, o que se notabilizou mais dado o número significativo de sujeitos da amostra idosos e com baixo nível de escolaridade. O tempo de preenchimento dos questionários esteve condicionado ao horário da sessão dialítica, resultando numa limitação ao estudo. Por fim, expressa-se o sentimento de que alguns participantes, não querendo mostrar-se “incumpridores”, não foram totalmente sinceros nas suas respostas, condicionando os resultados obtidos.

Apesar das limitações encontradas, sugere-se a possibilidade de continuidade deste estudo, constituindo-se dois grupos de participantes: um grupo que leve a medicação para o domicílio e outro a quem a mesma seja administrada durante a sessão dialítica, ou seja, a possibilidade de se fazer um estudo comparativo, recorrendo ao controlo analítico e evolução clínica dos sujeitos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANES, Eugénia J. e FERREIRA, PEDRO L. - Qualidade de vida em diálise. Revista Portuguesa de Saúde Pública, nº 8, 2009, pp. 67-82.
- ARENAS, Valquiria Greco; BARROS, Luciene Fátima Neves Monteiro; LEMOS, Francine Barros [et al.] - Qualidade de Vida: comparação entre diálise peritoneal automatizada e hemodiálise. Acta Paul Enfermagem, nº 22 (Especial-Nefrologia), 2009, pp. 535-9.
- AZEREDO, Zaida ; MATOS, Eduardo - Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar. Geriatrics. Lisboa. Vol. II, nº20 (Dezembro 1989), p. 24-30.
- CABRAL, Manuel Villaverde - A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa perante as Prescrições Médicas. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Março 2010.
- CHALMERS, Charlotte – Anatomia e fisiologia aplicadas e o processo da doença renal – In THOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**. Camarate: Lusociência. 2004. p. 29-78.
- CHAMNEY, M. – Anatomia e fisiologia do rim - In EUROPEAN DIALYSIS AND TRANSPLANT NURSES ASSOCIATION: **European Renal Care Association – Doença renal crónica: guia para a prática clínica**. Switzerland. 2007. ISBN 978-84-612-0047-4. p. 21-31.
- DELGADO, Artur Barata ; LIMA, Maria Luísa - Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psicologia Saúde & Doenças. Lisboa. ISSN 1654-0086. Vol. 2, n.º2 (Novembro 2001), p. 81-100.
- FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, D. L. 2009. - 595 p. ; ISBN 978-989-8075-18-5.
- GUERREIRO, Inês - Contributo enviado por Inês Guerreiro, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, no âmbito do Boletim pensar saúde nº 3. 2010. [Consult. Fev. 2012]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/2010/12/06/opi-rncci/>.
- HENRIQUES, Maria Adriana Pereira – Adesão ao regime terapêutico em idosos. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2006. 15 p. Programa de Doutoramento em Enfermagem, apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

- JENKINS, K. – Avaliação, diagnóstico e tratamento da doença renal crónica - In EUROPEAN DIALYSIS AND TRANSPLANT NURSES ASSOCIATION: European Renal Care Association – **Doença renal crónica: guia para a prática clínica**. Switzerland. 2007. ISBN 978-84-612-0047-4. p. 33-51.
- KLEIN, J.; GONÇALVES, G. – A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. Psico-USF, Jul/Dez. 2005, vol. 10, nº2, p. 113-120.
- MACHADO, M. – Adesão ao regime terapêutico – representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. Braga: Universidade do Minho, 2009. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde.
- MALDANER, C. [et al] – Factores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crónica: o doente em terapia hemodialítica. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre (RS). 2008 Dez. 29(4): 647-53.
- MARCHÃO, C. [et al] – Insuficiência renal crónica terminal: manifestações clínicas e opções terapêuticas. In FRESenius MEDICAL CARE – **Manual de hemodiálise para enfermeiros**. Lisboa: Almedina, 2011. ISBN 978-972-40-4488-0. p. 49-78.
- MAROCO, João Paulo - **Análise Estatística com a utilização do SPSS**. 3ª Ed. Silabo. Lisboa. 822 p. ISBN: 978-972-618-452-2.
- MATOS, Ana Paula ; FERREIRA, Andreia - Desenvolvimento duma escala de apoio social : alguns dados sobre a sua fiabilidade. Psiquiatria Clínica. Coimbra. Vol. 21, n.º3 (Julho/Setembro 2000), p.243-253.
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION – K/DOKI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. American Journal Kidney Disease. 2002; 39 (Suppl. 2): S1-246.
- PAIS RIBEIRO, J. L. – **Introdução à psicologia da saúde**. Coimbra: Quarteto, 2007. ISBN 989-558-045-2. p. 221-244.
- PEREIRA, Alexandre – **Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia**. Edições Sílabo Lda. 7ª Ed. Lisboa. 2008. ISBN 978-972-618-510-9.
- PEREIRA, Maria da Graça; SILVA, Natália S. – Questionário de crenças acerca dos fármacos. In A. SOARES, S. ARAÚJO, S. CAÍRES, orgs. - **Avaliação psicológica : formas e contextos: 7**. Braga : APPORT, 1999. P. 52-57.
- PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 4ª Ed. rev. e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. 692 p. ISBN 978-972-618-498-0.
- PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para ciências**

**sociais: a complementaridade do SPSS.** 5ª Ed. rev. e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. 692 p. ISBN 978-972-618-498-0.

- PINTO, G. [et al] – Anatomia e Fisiologia renal e Insuficiência Renal Crónica. In FRESENIUS MEDICAL CARE – **Manual de hemodiálise para enfermeiros**. Lisboa: Almedina, 2011. ISBN 978-972-40-4488-0. p. 37-48.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Abordagem das doenças crónicas através da prevenção: É Tempo de Agir! Declaração para uma vida melhor. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2011. [Consult. Fev. 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>
- REZENDE, Rachel C.; PORTO, Isaura S. - Cuidado de enfermagem para clientela em hemodiálise: suas dimensões instrumentais e expressivas - Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):266-74. <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a05.pdf>, consultado a 15 de Janeiro de 2012.
- RODRIGUES, Anabela – **Diálise Peritoneal – uma diálise feita em casa: para quando a opção?**. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-723-1.
- RODRIGUES, I. [et al] - Terapêutica peri-dialítica. In FRESENIUS MEDICAL CARE – **Manual de hemodiálise para enfermeiros**. Lisboa: Almedina, 2011. ISBN 978-972-40-4488-0. p. 173-184.
- RODRIGUES, Tatiana A.; BOTTI, Nadja C. L. – Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. Acta Paul Enfermagem 2009; 22 ( Especial – Nefrologia): 528 - 30 disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/15.pdf> consultado a 15 de Janeiro de 2012.
- SEELEY, R.; STEPHENS, T.; TATE, P. – **Anatomy and physiology**. Mcgraw Hill: New York. 7ªed. 2006.
- SIMÃO, Ana Rita Esteves – Adesão às Prescrições/Recomendações Médicas por parte de Idosos Institucionalizados e em Centros de Dia: um estudo exploratório. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2009. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, apresentado na Universidade de Lisboa.
- SILVA, Mário [et al] – Estado nutricional dos doentes em hemodiálise. In FRESENIUS MEDICAL CARE – **Manual de hemodiálise para enfermeiros**. Lisboa: Almedina, 2011. ISBN 978-972-40-4488-0. p. 185-204.
- SILVA, Mário João Ribeiro – O Ser Humano e a Adesão ao Regime terapêutico – um olhar sistémico sobre o fenómeno. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2008. Dissertação de Mestrado área de especialização em Ciências de Enfermagem, apresentado no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

- STEGGALL, M.; BROOKER, C.; WAUGH, A. – **Foundations of nursing practice, fundamentals of holistic care**. Mosby Elsevier: Philadelphia. 2007.
- TERRA, Fábio et al – Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. Revista Brasileira Clínica Médica. 2010. 8(2): 119-24.
- THOMAS, C.; ALCHIERI, J. – Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos a hemodiálise. Avaliação Psicológica, 4(1). 2005. p. 57-64.

## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

Autorizações para utilização das escalas





## **ANEXO II**

Autorização das instituições para a colheita de dados



## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I**

Instrumento de colheita de dados



## **APÊNDICE II**

Consentimento dos participantes do estudo



